

1

ANTECEDENTES SOCIALES Y DE SALUD



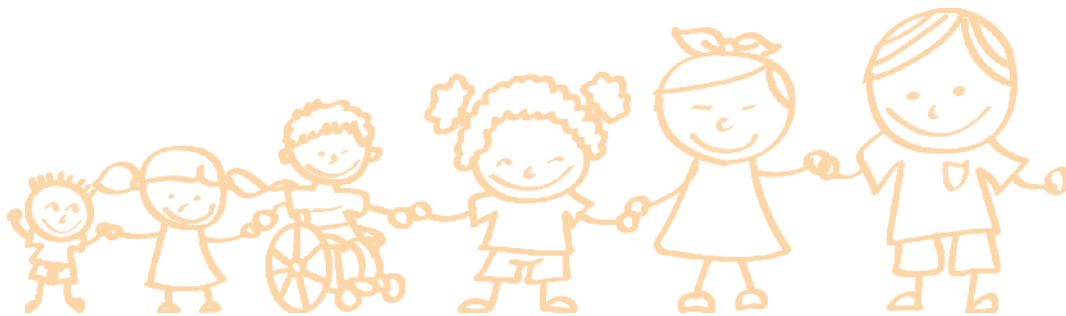
Norma Técnica para la Supervisión de SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS en la Atención Primaria de Salud – Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia
Departamento de Ciclo Vital
División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

CAPÍTULO

1

ANTECEDENTES SOCIALES Y DE SALUD



Norma Técnica para la Supervisión de
Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años
en la Atención Primaria de Salud

2^{da} edición

Actualización 2021

Programa Nacional de Salud de la Infancia

Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública

EDITORES

SEGUNDA EDICIÓN ACTUALIZACIÓN 2021

Dra. Sylvia Santander Rigollet
Enf. Bárbara Leyton Cárdenas

Dra. María Inés Romero Sepúlveda
Enf. Patricia Cabezas Olivares
Enf. Loretto Fuentealba Alvarado
Enf. Nicole Garay Unjidos
Dra. María Paz Medel Salas
Dr. Fernando González Escalona

ISBN (I): 978-956-348-197-9
ISBN (D): 978-956-348-197-6
Número de Propiedad Intelectual: 2021-A-10254
Norma Técnica N° 218, Resolución Exenta N° 55, 18 de octubre de 2021

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.

**Norma Técnica para la Supervisión Salud Integral
de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud.
2da edición. Actualización 2021.**

EDITORES Y COEDITORES

PRIMERA EDICIÓN 2014

Editora

Dra. Heather Strain Henkes

Coeditores

Dr. Carlos Becerra Flores
Ps. Carolina Castillo Ibarra
Enf. Bárbara Leyton Cárdenas
Dra. Sylvia Santander Rigollet

ISBN: 978-956-348-058-8
Número de Propiedad Intelectual: 242298
Norma Técnica N° 166, Resolución Exenta N° 336, 22 de mayo de 2014.

Todos los derechos reservados.

Ministerio de Salud.

**Norma Técnica para la Supervisión de Niños y Niñas
de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud.
1ra edición. 2014.**

ARTE

Rodolfo Valenzuela

Diseño, Ilustraciones y Diagramación

Valentina Jara

Fotografías

Paloma Leiva

Colaboración Fotografía, Proyecto Tetarte

Luis Miranda

Ilustraciones

**Las ilustraciones y fotografías son de propiedad del Ministerio de Salud
y cuentan con el debido consentimiento informado.**

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Sylvia Santander Rigollet

Médico Cirujano,
PhD en Ciencias de la Educación, MSc Psicología de la Adolescencia,
Diplomada en Bioética,
Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades

Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

Bárbara Leyton Cárdenas

Enfermera,
Mg. en Salud Pública,
Diplomada en Medicina basada en evidencia, Diplomada en Calidad y Acreditación en Salud,
Jefa de Departamento de Ciclo Vital

Programa Nacional de Salud de la Infancia Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)

María Inés Romero Sepúlveda

Médico Cirujano, Pediatra, Especialista en Salud Pública,
Mg. en Salud Pública, Mención Salud Materno Infantil,
Encargada del Programa Nacional de Salud de la Infancia

Patricia Cabezas Olivares

Enfermera,
Referente Programa Nacional de Salud de la Infancia

Loretto Fuentealba Alvarado

Enfermera,
Mg. en Salud Pública,
Referente Programa Nacional de Salud de la Infancia

Nicole Garay Unjidos

Enfermera,
Mg. en Salud Mental Infantil,
Referente Programa Nacional de Salud de la Infancia

María Paz Medel Salas

Médica Cirujana,
Médica Familiar Mención Niños,
Referente Programa Nacional de Salud de la Infancia

Otros profesionales de Departamento y Unidades División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)	
Herman Alarcón Hinojosa Matrón, Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital	María Paz Araya Álvarez Psicóloga, Departamento de Salud Mental
Francesca Borghero Lasagna Médica Psiquiatra Infantil, Departamento de Salud Mental	Pamela Burgos Maldonado Enfermera, Departamento de Inmunizaciones
Luz Cole Wells Enfermera, Ex-miembro, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento de Ciclo Vital	Alejandro Gallegos Cárdenas Psicólogo, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital
Laysa González Orroño Matrona, Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital	Felipe Hasen Narváez Antropólogo, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital
Paula Maureira Martínez Enfermera, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital	Carolina Mendoza Van der Molen Cirujana Dentista, Jefa del Departamento de Salud Bucal
Pilar Monsalve Castillo Médica Familiar Mención Niños, Ex-miembro, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento de Ciclo Vital	Rodrigo Neira Contreras Matrón, Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer, Departamento de Ciclo Vital
Patricia Nilo Valledor Médica Pediatra, Ex-encargada, Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento de Ciclo Vital	Marcela Rivas Iglesias Enfermera, Departamento de Inmunizaciones
Francisca Salas Pacheco Médica Pediatra, Encargada Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Departamento de Ciclo Vital	Luis Sarmiento Loayza Asistente Social, Programa Nacional de Personas Mayores, Departamento de Ciclo Vital
Paula Silva Concha Cirujana Dentista, Departamento de Salud Bucal	Rosa Solar Sánchez Enfermera, Departamento de Inmunizaciones
Natalia Tamblay Narváez Médica Otorrino, Encargada de Salud del Adulto y Salud Auditiva, Departamento de Ciclo Vital	Cecilia Zuleta Callejas Psicóloga, Departamento de Salud Mental

Otras Divisiones de la Subsecretaría de Salud Pública

División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL)	
<p>María Paz Grandón Sandoval Ingeniero Comercial, Jefa de División de Políticas Públicas Saludables y Promoción</p>	
<p>Francisca Aguirre Boza Enfermera, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>	<p>José Miguel Ayala Riquelme Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>
<p>Andrea Bravo Zúñiga Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>	<p>Bárbara Bustos Barrera Antropóloga, Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad</p>
<p>Graciela Cabral Quidel Profesora con mención intercultural, Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad</p>	<p>Cristian Cofré Sasso Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>
<p>Walter Folch Ariza Ingeniero, Programa Calidad de Aire, Departamento de Salud Ambiental</p>	<p>Jeanette Henríquez Barahona Antropóloga, Departamento de Salud y Pueblos Indígenas e Interculturalidad</p>
<p>Yilda Herrera Figueroa Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>	<p>Cristina Leyton Blanca Enfermera, Departamento de Nutrición y Alimentos</p>
<p>Orlando Negrón Hékima Médico Toxicólogo, Departamento de Salud Ambiental</p>	<p>Matías Portela Estinto Profesor de Educación Física, Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana</p>
<p>Roxana Tessada Sepúlveda Químico Ambiental, Programa Seguridad Infantil, Departamento de Salud Ambiental</p>	

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

División de Atención Primaria (DIVAP)	
Adriana Tapia Cifuentes Médica Cirujana, Jefa de División de Atención Primaria	
Ana Ayala González Matrona, Referente de la Mujer, Departamento de Gestión del Cuidado	Xenia Benavides Manzoni Nutricionista, Referente de Nutrición, Departamento de Gestión del Cuidado
Karla Castro Castro Psicóloga, Referente Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión del Cuidado	Carolina del Valle Aranda Cirujana Dentista, Referente de Salud Bucal, Departamento de Gestión del Cuidado
Sofía González Navarro Educatriz de Párvulos, Referente de Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión del Cuidado	Juan Herrera Burrot Matrón, Referente de la Mujer, Departamento de Gestión del Cuidado
Claudia Lara de la Fuente Médica Cirujana, Encargada Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión del Cuidado	Dayann Martínez Santana Enfermera, Referente de Infancia, Departamento de Gestión del Cuidado
Cecilia Moraga Gutiérrez Enfermera Matrona, Psicóloga, Referente Chile Crece Contigo, Departamento de Gestión del Cuidado	Pamela Muñoz Abarca Nutricionista, Coordinadora de Oficina de Cuidados de las Comunidades Departamento de Gestión del Cuidado
Marcela Niklitschek Araneda Nutricionista, Referente de Elige Vida Sana, Departamento de Gestión del Cuidado	Paulina Núñez Venegas Cirujana Dentista, Referente de Salud Bucal, Departamento de Gestión del Cuidado
Marcela Rivera Medina Médica Familiar, Referente Cardiovascular, Departamento de Gestión del Cuidado	Verónica Véliz Rojas Terapeuta Ocupacional, Referente de Salud Mental, Departamento de Gestión del Cuidado

Otras Divisiones del Ministerio de Salud	
Trinidad Covarrubias Correa Médica Cirujana, Departamento de Coordinación de Garantías y Prestaciones de Salud	Pamela Gallardo Camus Enfermera, Departamento de GES y Redes de Alta Complejidad
Ana María Merello Molina Kinesióloga, Jefa del Departamento de GES y Redes de Alta Complejidad	Teresa Soto Castillo Profesora de Educación Básica y Administradora Pública, Departamento de DDHH y Género

COLABORADORES Y REVISORES EXTERNOS

Actualización 2021

Ericka Ahumada Padilla Kinesióloga, Comité de Salud Ambiental, Sociedad Chilena de Pediatría	Viviana Aliaga Barros Enfermera, Profesora Asistente, Escuela de Enfermería, Universidad Finis Terrae
Paz Allende Medrano Residente Medicina Familiar mención Niños, Pontificia Universidad Católica de Chile	Margarita Baeza Fuentes Enfermera, Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Universidad de Santiago de Chile
Juan Carlos Bahamonde Zamudio Médico Pediatra, Jefe Ortopedia y Traumatología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán	Salesa Barja Yáñez Médica Nutrióloga, Profesora Asociada Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile
Natalia Beamín Santander Enfermera, Académica Facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello	Paula Bedregal García Médica Salubrista , Profesor Titular, Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile
Francesca Bettoli Pizzagalli Médica Neuróloga Infantil, Unidad de Neurología, Hospital Carlos Van Buren	Lillian Bolte Marholz Nefróloga Infantil, Hospital Roberto del Río, Clínica Alemana de Santiago
José Manuel Caballero Moore Médico Pediatra Intensivista, Jefe Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Clínica Universidad de los Andes	Ana María Cabezas Tamayo Médica Familiar, Jefa Unidad NINEAS, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río
Catalina Campos Alomar Médica Familiar Mención Niños, Pontificia Universidad Católica de Chile	Ximena Carreño Guzmán Enfermera, Presidenta Sociedad Chilena de Enfermería Escolar
Carlos Celis Morales Epidemiólogo, BHF Glasgow Cardiovascular Research Centre University of Glasgow	Javiera Contreras Véliz Enfermera, Centro de Innovación en Salud Ancora UC, Pontificia Universidad Católica de Chile
María Luisa Cordero Bayón Médica Pediatra, Programa de Nutrición Infantil, Servicio de Pediatría Hospital Sótero del Río	Guillermo Cornejo Contreras Médico Pediatra, Jefe Programa de Salud de la Infancia , Servicio de Salud Ñuble
Sandra Cortés Arancibia Epidemióloga, Profesora Asistente Facultad Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile	Ivonne D´Apremont Ormeño Médica Neonatóloga, Presidenta Comité de Seguimiento del Prematuro Sociedad, Chilena de Pediatría
Verónica Delgado Mayorga Médica Neurofisiatra Infantil, Hospital Carlos Van Buren	María Angélica Egaña Franco Enfermera-Matrona, Enfermera Supervisora Área Ambulatoria, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río
María Ignacia Eugenín Soto Médica Pediatra, Centro UC Síndrome de Down, Pontificia Universidad Católica de Chile	Angélica Farías Cancino Enfermera, Profesor Asistente Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile
Juan Carlos Flores Cano Médico Pediatra, Servicio de Pediatría, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	Javiera José González Psicóloga Infanto-Juvenil, Escuela provincia de Chiloé, Municipalidad de Santiago

Fernando González Escalona Médico Pediatra, Oficial de Salud y Desarrollo Infantil Temprano, UNICEF Chile	Claudia Goya Lizama Tecnóloga Médica, Profesora Adjunta Departamento de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Miguel Guzmán Núñez Médico Pediatra, Coordinador de Unidad de Emergencias Pediátricas, Hospital Clínico Universidad de Chile	Hilda Hernández Cerro Kinesióloga, Académica, Universidad Santo Tomás
Ana María Herrera Gana Médica Pediatra Broncopulmonar, Presidenta Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica	Vanessa Kreisel Vera Fonoaudióloga, Académica, Escuela de Fonoaudiología, Universidad de Valparaíso
Catalina Le Roy Olivos Médica Pediatra, Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile	Macarena Lizama Calvo Médica Pediatra, Directora Ejecutiva Centro UC Síndrome de Down, Pontificia Universidad Católica de Chile
Daniela Machuca Pino Enfermera, Académica Universidad Santo Tomás	Francisca Mansilla Jara Fonoaudióloga, Académica Universidad Andrés Bello
Francisca Márquez Doren Enfermera Matrona, Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile	Natalia Meléndez Vallejos Médica Familiar Mención Niños, CESFAM Salvador Bustos, Ñuñoa
Javiera Moore Guerrero Médica Familiar Mención Niños, NINEAS, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Red Salud UC Christus	Patricia Moraga Alcayaga Enfermera Matrona, Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial
Gladys Moreno Gómez Médica Familiar Mención Niños, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile	Mónica Morgues Nudman Médica Neonatóloga, Hospital San José
Mireya Muñoz Cruz Enfermera Programa de Infancia, Programa de Inmunizaciones, Servicio Salud Ñuble	Sandra Navarro Tapia Enfermera Matrona Profesora Asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile
Nelson Nilo Gonzalez Terapeuta Ocupacional, Hospital Dr. Gustavo Fricke	María Isabel Palacio Gómez Médica Familiar Mención Niños, CESFAM Santa Teresa de Los Andes, CECOSF Salvador Allende, San Joaquín
Carolina Pastene Saldías Ginecóloga Infanto juvenil, Programa Ginecología del Adolescente, Clínica Las Condes, Hospital Luis Calvo Mackenna	María de los Ángeles Paul Delfau Médica Pediatra, Instructor Adjunto, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
María Soledad Peredo Guerra Nefróloga Infantil, Pontificia Universidad Católica de Chile	Enrica Pittaluga Pierdiluga Médica Neonatóloga, CRAI Centro de Rehabilitación Auditiva Infantil, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río
Francisco Prado Ataglic Médico Pediatra Broncopulmonar, Hospital Clínico San Borja Arriarán	Ximena Prieto Rossi Enfermera, Académica, Universidad SEK
Arnoldo Quezada Lagos Médico, Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Chile	Alexander Recabarren Báez Médico Familiar Mención Niños, Dirección de Atención Primaria Servicio de Salud, Metropolitano Sur Oriente

Cecilia Reyes Acuña Enfermera, Comité de Seguimiento Prematuro, Sociedad Chilena de Pediatría	Ana Belén Reyes Correa Médica Familiar Mención Niños, CESFAM Urbano Oriente Rengo
Carolina Rivera Lettich Psicóloga, NINEAS, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río	Natalie Rodríguez Zamora Médica Pediatra, Coordinadora Equipo de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río
Valeria Rojas Osorio Médica Pediatra, Neuróloga Infantil, Hospital Carlos Van Buren y Hospital Gustavo Fricke	Carlos Saavedra Valdivia Médico Ortopedia y Traumatología Infantil, Profesor Asistente, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile
Carlos Saieh Andonie Médico Nefrólogo Infantil, Clínica Las Condes	Susana Salas Olivares Médica Familiar Mención Niños, CESFAM Dra. Ana María Juricic, Maipú
Carol Salazar Irazzoky Matrona, Hospital El Carmen	Carolina Sanhueza Sepúlveda Médico Pediatra, Policlínico NANEAS, Hospital Padre Hurtado
María Alicia Santos Enfermera, Académica Universidad de Santiago de Chile	Daniela Siegmund Sanhueza Médica Familiar Mención Niños, Directora Hospital Adriana Cousiño, Quintero
Orielle Solar Hormazábal Médica Salubrista, Investigadora de FLACSO Chile	Paula Toledo Sologuren Médica Neonatóloga, Hospital Félix Bulnes
Sandra Toro Duran Enfermera, Referente de Infancia y Chile Crece contigo, Servicio de Salud Biobío	José Urrea Venegas Médico Cirujano, Universidad de Chile
Paulo Valderrama Erazo Médico Cardiólogo Infantil, Instructor Adjunto Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile	Ximena Vásquez Moya Médica Pediatra Nutrióloga infantil, Profesora Asistente Universidad de Chile
Francisco Verdugo Miranda Médico Pediatra, Comité de Medicina Deportiva, Sociedad Chilena de Pediatría	Natalia Vergara Navarrete Enfermera, Centro UC Síndrome de Down, Pontificia Universidad Católica de Chile
Patricia Vernal Silva Médica Neonatóloga, Rama de Neonatología, Sociedad Chilena de Pediatría	Gladys Villablanca Carrasco Médica, Ortopedia y Traumatología Infantil, Hospital Clínico San Borja Arriarán
Marlene Vogel Gonzalez Oftalmopediatra, Profesor Asociado, Facultad de Medicina Universidad de Chile	Gerardo Weisstaub Nuta Médico Pediatra, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos
Gisela Zillmann Geerdt Cirujano Dentista, Profesora Titular, Facultad de Odontología, Universidad de Chile	Macarena Zulueta Baeza Médica Familiar Mención Niños, Centro de Innovación en Salud Áncora UC



PRESENTACIÓN

Los niños y las niñas son una población en quienes se requieren los principales esfuerzos de inversión de un país para asegurar un desarrollo integral en la primera infancia. Esto constituye un desafío estratégico que se debe basar en el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas, desde un enfoque de derechos humanos, determinantes sociales de la salud, equidad, género e interculturalidad.

Chile tiene una larga tradición de políticas sanitarias sostenidas, dirigidas a la madre y su hijo o hija, siendo implementadas a través de la formulación de programas, cuyo diseño ha respondido al perfil epidemiológico y al contexto social y económico del país en diferentes periodos. Esto se ha traducido en el logro de indicadores exitosos de reducción de la mortalidad y la morbilidad en la infancia.

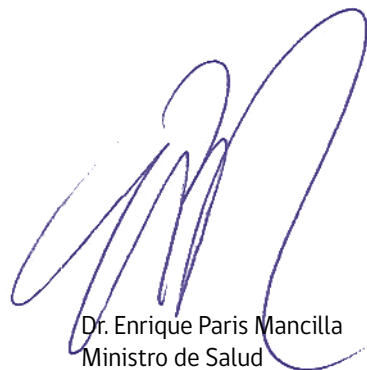
Hoy, las políticas públicas dirigidas a este grupo de la población tienen como desafío contribuir a mejorar su salud y calidad de vida, fomentando un desarrollo integral desde un marco de curso de vida. Es reconocido que algunos problemas de salud de la etapa adulta son el resultado de procesos que comienzan incluso antes de nacer o durante el período neonatal, y que las intervenciones tempranas pueden impactar sobre la prevalencia de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.

El Programa Nacional de Salud de la Infancia propone un marco coherente y consistente para abordar los desafíos actuales relacionados con los principales problemas de salud de niños y niñas de 0 a 9 años. Y es, específicamente, el Control de Salud una actividad dirigida a promover la salud de este grupo de la población en forma integral, detectando precoz y oportunamente cualquier condición o enfermedad que pudiera presentarse.

A través de la actualización de la “Norma Técnica de Supervisión de Niñas y Niños de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud”, publicada en el año 2014, se espera fortalecer el proceso continuo de atención de salud por parte de los profesionales a lo largo de Chile. Ello, con el fin de promover el desarrollo integral óptimo en la infancia, prevenir y reducir la carga de morbilidad en esta etapa y en etapas posteriores de la vida, y seguir avanzando en la reducción de la mortalidad infantil.

He expresado mi irrestricto compromiso con las acciones sanitarias para el abordaje integral de la primera infancia, considerando como requisito para su logro, disminuir brechas y mejorar el acceso a servicios de calidad, con intervenciones costo-efectivas y basadas en evidencia.

Por lo tanto, es para mí una gran satisfacción presentar la actualización de la “Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud”, entregando a los profesionales, gestores y equipos de salud del país, sociedades científicas y sociedad civil, orientaciones y recomendaciones basadas en la evidencia, en el juicio de expertos y en las mejores prácticas que los equipos han probado como efectivas, con la intención de guiar su quehacer, requiriendo sus mejores esfuerzos y compromisos para aplicar las estrategias recomendadas en él.



Dr. Enrique Paris Mancilla
Ministro de Salud



AGRADECIMIENTOS

Las estrategias tempranas en la infancia son fundamentales al proyectar el desarrollo futuro de nuestro país, pues el desarrollo integral óptimo de los niños y niñas nos permitirá contar con una población adulta más saludable y una sociedad más equitativa.

Para lograr este propósito se requiere del trabajo y compromiso de distintos actores de la sociedad, además de contar con recomendaciones claras y lineamientos basados en evidencia científica actualizada para el cuidado infantil como parte de las políticas públicas.

Es por esto que agradecemos a todos los equipos de salud que contribuyen a mejorar la calidad de la atención de niños y niñas. En especial, a las personas Encargadas del Programa Nacional de Salud de la Infancia de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud del país, y a los profesionales de las diferentes especialidades, quienes, a través de revisión de documentación y asistencia a jornadas y mesas de trabajo, apoyaron la actualización de la “Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas de 0 a 9 años en la Atención de Salud, 2021”.



ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud	NN	Niñas y Niños
CDT	Centro de Diagnóstico y Tratamiento	NNA	Niños, Niñas y Adolescentes
CERO	Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	NT	Norma Técnica de Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas
CESFAM	Centro de Salud Familiar	OMS	Organización Mundial de la Salud
ChCC	Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo	PADBP	Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial
CRS	Centro de Referencia de Salud	PB	Pauta Breve
CSI	Control de Salud Infantil	PEATa	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Automatizados o Acortados
DP	Depresión Perinatal	PEATc	Potenciales Auditivos Evocados de Tronco Cerebral Clínicos o Alargados
DPP	Depresión Postparto	PENS	Protocolo de Evaluación Neurosensorial
DSM	Desarrollo Psicomotor	PRB	Pauta de Riesgo Biopsicosocial
EA	Espectro Autista	RN	Recién Nacido y Recién Nacida
EBPN	Recién Nacido/a de Extremo Bajo Peso de Nacimiento	RNBPN	Recién Nacido/a de Bajo Peso de Nacimiento
EEDP	Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor	RNMBP	Recién Nacido/a de Muy Bajo Peso de Nacimiento
EPsA	Evaluación de Riesgo Psicosocial Abreviada	RNPT	Recién Nacido/a de Pretérmino
EOA	Emisiones Otoacústicas	SMSL	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
FPP	Fecha Probable de Parto	SRDM	Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo
GES	Garantía Explícita en Salud	SRI	Sistema de Retención Infantil
HI	Hemangioma Infantil	TC	Trastorno de Conducta
IMC	Índice de Masa Corporal	TEPSI	Test del Desarrollo Psicomotor
Lactante	Niño o niña menor de dos años	THA	Trastorno Hipercinético o Trastorno de la Atención
LM	Lactancia Materna	TOD	Trastorno Oposicionista Desafiante
MADI	Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil	VDI	Visita Domiciliaria Integral
NANEAS	Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud		

INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida son fundamentales para establecer la base del desarrollo de las personas, el cual se caracteriza por ser secuencial, progresivo y acumulativo, lo que implica que las habilidades adquiridas se construyen sobre aquellas consolidadas anteriormente (1). Comprender cómo las experiencias tempranas de los niños y niñas impactan en su bienestar incluso en la edad adulta, releva la importancia de proteger sus trayectorias optimizando su desarrollo integral (2).

El bienestar de las niñas y niños se asocia a una serie de factores, entre los cuales los determinantes sociales de la salud tienen un rol protagónico (3). Aspectos como el nivel socioeconómico, educacional y laboral de la familia; la calidad de recursos básicos como el agua y diversos servicios sanitarios; factores protectores y de riesgo como la nutrición o estilos de vida; y condiciones estructurales asociadas a políticas públicas, socioeconómicas, culturales y medioambientales, interactúan a lo largo del curso de vida, afectando el desarrollo humano y los resultados en salud de las personas (4).

Existen estudios que señalan, por ejemplo, que aquellos niños y niñas que crecen en familias con bajo nivel socioeconómico tienen resultados desfavorables en relación con la salud cardiovascular. También se han encontrado diferencias significativas en otros aspectos, tales como peores indicadores en salud bucal o mayor abuso de sustancias en la adolescencia (5). De esta forma, la supervisión de salud en la infancia se constituye como una oportunidad única para disminuir las brechas e inequidades asociadas a factores tales como la nutrición, la calidad de las relaciones vinculares y las características del medioambiente.

Para acompañar al niño o niña y a su familia durante su trayectoria de crecimiento y desarrollo, el equipo de salud perteneciente a la Atención Primaria de Salud realiza evaluaciones periódicas. Estas evaluaciones pueden tener un enfoque promocional, preventivo, de tamizaje o de diagnóstico y tratamiento, dependiendo de las necesidades particulares al momento de realizar la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas (6).

Para ello se requiere fortalecer el trabajo colaborativo y coordinado, tanto entre los distintos niveles de atención en salud como con el intersector, para crear entornos que promuevan el desarrollo integral. Asimismo, es necesario seguir fortaleciendo las competencias de los equipos de salud desde un enfoque multidisciplinario, así como empoderar a las comunidades, familias, niños y niñas, en el cuidado y protección de la infancia.

En el año 2014, el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Salud de la Infancia, publicó la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Infantil de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Este documento fue elaborado para los profesionales de la salud que realizan acciones tanto asistenciales, como docentes, de investigación y/o de rectoría, estableciendo lineamientos técnicos necesarios para realizar una Supervisión de Salud Integral con estándares de calidad similares para todos los centros de salud, siendo el Control de Salud, la prestación más frecuente en este rango etario. La Norma Técnica genera entonces un hito en el Programa, ya que no solo otorga un enfoque de calidad en sus prestaciones, sino también otorga un contexto de equidad, propiciando que la atención de niños y niñas, independiente de sus condiciones sociodemográficas, reciban las mismas prestaciones mínimas universales en todo el territorio del país.

La presente actualización ha sido liderada por el Programa Nacional de Salud de la Infancia, en colaboración con diversos equipos técnicos del Ministerio de Salud, Sociedades Científicas, Universidades, Servicios de Salud, Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) y Organismos Internacionales, quienes han aportado con su conocimiento, experiencia y visión desde distintas disciplinas.

La Norma entrega, inicialmente, los antecedentes epidemiológicos y sociales de la salud infantil, así como los principios y enfoques orientadores vinculados a la supervisión de salud infantil y en especial al control de salud. A continuación, se detallan las áreas generales y específicas de evaluación y abordaje necesarias para la supervisión de salud infantil. Adicionalmente, se describen aspectos del cuidado de niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud en el contexto de la atención primaria. Por último, se establecen las prestaciones a realizar por parte del equipo de atención primaria por edad hasta los 9 años.

OBJETIVO GENERAL

Actualizar la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de Niños y Niñas (NT) de acuerdo con la nueva situación epidemiológica, evidencia científica, escenario sanitario y prestaciones a las que se puede acceder, con el fin de contribuir a que niños y niñas, sin distinción alguna, cuenten con las óptimas condiciones que favorezcan el máximo desarrollo de sus potencialidades y capacidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Examinar la Estrategia Nacional de Salud y asegurar la coherencia de la Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de niños y niñas con los objetivos sanitarios de la década.
2. Describir el marco jurídico e identificar los aspectos normativos que sustentan las actividades establecidas en la NT.
3. Describir los enfoques y principios orientadores de la atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años y, basado en ellos, formular un marco operativo para la NT.
4. Analizar las características sociodemográficas y epidemiológicas actuales que justifican las modificaciones incorporadas a esta actualización.
5. Aplicar, con las adaptaciones pertinentes, el modelo de salud familiar y comunitario a la modalidad de atención infantil.
6. Formular los componentes generales y específicos actualizados de la supervisión de salud infantil.
7. Formular los contenidos técnicos vinculados a la supervisión de salud infantil con base en evidencia científica y juicio de expertos.
8. Compartir con los equipos del territorio elementos clínicos e instrumentos de evaluación validados que les permitan identificar oportunamente señales de alerta o alteraciones que puedan presentarse en la infancia.
9. Elaborar flujos para la realización de las actividades propias de la supervisión de salud infantil en los distintos momentos del proceso.
10. Integrar en forma progresiva a niños y niñas con necesidades especiales de atención en salud a la atención primaria, brindando una atención coordinada con los niveles de mayor complejidad.
11. Definir e incorporar estándares de calidad en las prestaciones contenidas en la NT.
12. Definir indicadores y establecer un plan de monitoreo y evaluación del cumplimiento de los objetivos de la supervisión de salud de los niños de 0 a 9 años contenidos en la NT.
13. Difundir la NT y capacitar, en su marco conceptual y en su aplicación, a los profesionales de la Atención Primaria de Salud del sistema público a lo largo del territorio nacional.

ALCANCE

Dirigido a los equipos de salud que participan en la supervisión de salud de los niños y niñas de 0 a 9 años 11 meses y 29 días, en los Centros de Salud de Atención Primaria del Sistema Público de Salud.

POBLACIÓN OBJETIVO

Recién nacidos y nacidas, lactantes, preescolares y escolares de 0 a 9 años 11 meses y 29 días.



ÍNDICE

CAPÍTULO 1

1.1. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD E INFANCIA	25
1.2. MARCO JURÍDICO	27
1.3. ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN EN SALUD	31
1.3.1 Enfoque de Derechos	32
1.3.2 Enfoque de Curso de Vida	34
1.3.3 Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud	35
1.3.4 Enfoque de Género	36
1.3.5 Enfoque Intercultural en Salud	37
1.3.6 Enfoque Biopsicosocial	39
1.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	40
1.4.1 Ingresos Familiares	41
1.4.2 Educación	42
1.4.3 Familia	42
1.4.4 Pueblos Indígenas	45
1.4.5 Migración	45
1.5. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	49
1.5.1 Morbilidad	49
1.5.2 Mortalidad	50
1.6. MODALIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO DE APS	55
REFERENCIAS	58

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES SOCIALES Y DE SALUD



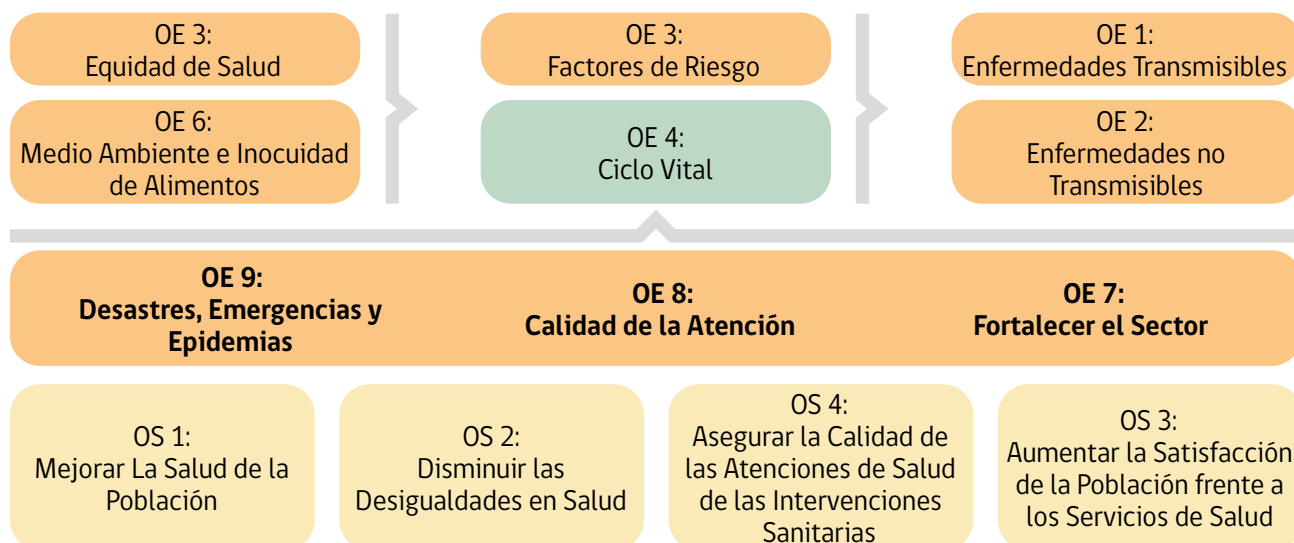
Con el propósito de ofrecer un contexto y antecedentes que orienten una atención integral, a continuación se describen: el marco sanitario y jurídico; los enfoques y principios de la atención en salud; y las características sociodemográficas y epidemiológicas de los niños y niñas de nuestro país. La mejor comprensión de la panorámica actual de la infancia permite contar con una oferta programática atingente a las necesidades de este grupo de la población.



1.1. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD E INFANCIA

En el año 2011, el Ministerio de Salud de Chile lanzó la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (4), que definió nueve objetivos estratégicos para la década (figura I-1). Esta es una política de Estado que asegura su continuidad en el tiempo y que, para el año 2020, compromete su evaluación de final de periodo para las metas sanitarias e indicadores a través de los cuales se monitorea su cumplimiento.

Figura I -1. Objetivos Estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.



Fuente: ENS 2011-2020, MINSAL (7).

En el Objetivo Estratégico número 4 (figura I-2), se instauró como una de sus metas disminuir el rezago infantil en un 15% en la población menor de 5 años, estableciéndose como línea base una prevalencia de 25,2%, para llegar a un 21,4% en el 2020. Se entiende por rezago, el grupo de niños y niñas que no alcanzaba todos los hitos del desarrollo esperables para su grupo de edad.

Figura I-2. Objetivo Estratégico número 4: salud infantil, disminuir el rezago en niños y niñas.



Fuente: ENS 2011-2020, MINSAL (7).

Como estrategias de reducción para la disminución del rezago en la población infantil, el Programa Nacional de Salud de la Infancia, ha fortalecido las competencias de los equipos técnicos en el acompañamiento a la trayectoria del desarrollo en la primera infancia. De esta forma, el año 2016, se ha alcanzado una prevalencia de rezago en población menor de 5 años del 18,3% (8), reduciendo en casi un 27% el indicador, desde el inicio de la medición.

Las acciones y prestaciones asociadas a la Supervisión de Salud Infantil contribuyen al logro de varios objetivos estratégicos vinculados a la salud de los niños y niñas. Entre algunas de las metas proyectadas al año 2021 se pueden encontrar: mantener los logros alcanzados en el control o eliminación de las enfermedades transmisibles, reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas a un 7,6 por 100.000 habitantes, aumentar en un 35% la prevalencia de niños y niñas menores de 6 años libres de caries, disminuir la prevalencia de obesidad en un 10% en población menor de 6 años, disminuir en un 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria (32).

Corresponde, en el año 2021, la construcción de la nueva Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2021-2030, en la cual se incluirán nuevamente metas e indicadores asociados a la salud infantil, acorde al escenario epidemiológico y sociocultural actual. Por tanto, la actualización de la "Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud", pretende otorgar respuestas a las necesidades de la población en salud infantil para esta década.

1.2. MARCO JURÍDICO

El reconocimiento de niños y niñas frente a la sociedad desde lo jurídico permite que se inserten cabalmente en ella, como sujetos de derecho, participando y siendo sujetos activos, no solo como objetos de cuidado. Este enfoque permite avanzar en erradicar los malos tratos con los que se ha enfrentado la infancia y adolescencia por parte de los adultos, quienes utilizan la violencia y catalogan como propiedad a sus descendientes (9).

Se inicia esta sección presentando una reseña histórica de las iniciativas legislativas orientadas a la protección de la infancia que abarca más de un siglo, desde 1894 a 2021 (tabla I-1).

Tabla I-1. Iniciativas, políticas e intervención sanitaria orientadas al área infantil en a través de la historia.

AÑO	POLÍTICA/ NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
1894	Creación de la Protectora de la Infancia	Institución privada, sin fines de lucro, creada para acoger a los niños y niñas que, teniendo familia, merodeaban en las calles.
1901	Creación del Patronato Nacional de la Infancia	Institución privada, destinada a proteger y cuidar menores indigentes.
1912	Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia	A propósito de las problemáticas en relación con la salud de la infancia, se realiza este congreso para analizar integralmente los problemas de la infancia, desde la educación para la salud, hasta la forma de generar estadísticas, sentándose de esta manera las bases para un profundo nexo entre la pediatría y la medicina social.
1938	Ley 6.236	Conocida también como Ley de la Madre y del Niño, amplía los servicios de protección a la madre y a su hijo(a) y extiende la distribución de leche a todos los menores de dos años.
1938	Consejo de Defensa de Niño	Institución privada, que deriva posteriormente en el Servicio Nacional de Menores (SENAME).
1940	Servicio de Protección Infantil PROTINFA	Institución orientada a la protección integral de la infancia y la adolescencia, para cuidar la salud de niños y niñas en sectores de alto riesgo social.
1952	Servicio Nacional de Salud	Con su creación se fortalece el fomento y protección de la infancia.
1954	Programa de Alimentación Complementaria	Logra consolidar los programas nutricionales, permitiendo proporcionar una cantidad adecuada de leche a lactantes, nodrizas y gestantes del país.
1964	Decreto 725 Código Sanitario, Ministerio de Salud	Establece en el Artículo Nº32 que el Servicio Nacional de Salud tendrá a su cargo la vacunación de los habitantes contra las enfermedades transmisibles.
1970	Ley 17.301	Creación de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI).
1975	Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN)	Institución privada dirigida específicamente a reducir la prevalencia de desnutrición grave y la mortalidad en los menores de dos años.
1979	Decreto Ley 2465, del Ministerio de Justicia	Crea el Servicio Nacional de Menores y fija el texto de su ley orgánica.
1987	Ley 18.681	Declara que los beneficios comprendidos en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria constituyen un subsidio estatal especial financiado con aporte fiscal. En las normas elaboradas por el Ministerio de Salud y en su aplicación, deberá otorgarse especial prioridad a los niños hasta los seis años de edad y a las mujeres, embarazadas y puérperas, en riesgo biomédico y de escasos recursos, independientemente de su situación laboral o previsional o del régimen de atención de salud al cual se encuentran afectos.
1990	Decreto 830 que promulga la Convención Sobre los Derechos del Niño del Ministerio de Relaciones Exteriores	En el año 1990 el Gobierno de Chile suscribe la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. De esta forma, se dispone que se cumpla y lleve a efecto como Ley y que se publique copia autorizada de su texto en el Diario Oficial.
2007	Ley 20.189, Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Código del Trabajo	Prohíbe el trabajo de niños y niñas menores de 15 años. Excepcionalmente, la ley autoriza el trabajo de estos niños previa autorización de su representante legal y del Tribunal de Familia para trabajos relacionados con personas o entidades dedicadas al teatro, cine, radio o televisión, circo u otras actividades similares.
2004	Ley 19.968	Crea los tribunales de familia.

2005	Ley 20.032	Establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME y su régimen de subvención.
2005	Ley 20.066	Tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma. Establece obligación de protección, siendo deber del Estado adoptar las medidas conducentes para garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia. Además, el Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños y niñas, y a prestar asistencia a las víctimas.
2004	Ley 19.966	Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).
2007	Ley 20.162	Reforma constitucional que indica que para el Estado es obligatorio promover la educación parvularia y garantizar el acceso gratuito y el financiamiento fiscal al segundo nivel de transición, sin que éste constituya requisito para el ingreso a la educación básica.
2008	Decreto 236, que promulga el Convenio 169, sobre pueblos indígenas y tribales, del Ministerio de Relaciones Exteriores	En su artículo 25 establece medidas para que el sector salud adecue sus prácticas y considere las condiciones económicas, sociales, culturales, así como métodos de prevención y prácticas curativas de la población indígena.
2009	Ley 20.379	Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia "Chile Crece Contigo".
2011	Ley 20.530	Crea Ministerio de Desarrollo Social y Familia para avanzar en materias de equidad y desarrollo social, especialmente aquellas destinadas a erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas, familias o grupos vulnerables en distintos momentos del ciclo vital.
2011	Ley 20.545	Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental.
2012	Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud	El Artículo 7 establece el derecho que tienen las personas pertenecientes a pueblos indígenas a recibir atención de salud con pertinencia cultural.
2012	Ley 20.609	Establece medidas contra la discriminación. Su objetivo es instaurar un mecanismo judicial que permita restablecer eficazmente el imperio del derecho cuando se cometa un acto de discriminación arbitraria.
2013	Decreto Exento 1201, del Ministerio de Salud	Modifica decreto N°6, de 2010, que dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país.
2013	Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia	Su objetivo es establecer un marco normativo y regulatorio de apoyo a los equipos de salud que trabajan en infancia en los distintos niveles del sistema. Es consistente con el espíritu de la reforma del sector salud que reconoce como principios rectores la equidad, la descentralización, la política de calidad y seguridad del paciente y la participación.
2014	Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud	Documento dirigido a todos los profesionales y técnicos de salud vinculados con el Programa Nacional de Salud de la Infancia. Tiene como objetivo brindar estándares técnicos de supervisión de salud de niños y niñas en atención primaria de salud.
2015	Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015 - 2025	Establece la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025, que permitirá abordar de manera integral la realidad de niños y niñas. Estará a cargo de un Comité de Ministros de la Niñez y la Subsecretaría de la Niñez que dependerá del Ministerio de Desarrollo Social. Su finalidad será cumplir con la finalidad del Sistema de Garantías de Derechos de la Niñez, debiendo proteger siempre el interés superior de los niños y niñas, su derecho a ser oído y el respeto de su autonomía progresiva.
2017	Decreto Exento 340, del Ministerio de Salud	Modifica decreto supremo N°6, de 2010, del Ministerio de Salud, que dispone vacunación obligatoria contra enfermedades inmunoprevenibles de la población del país, en el sentido que indica.
2018	Acuerdo Nacional por la Infancia	Busca promover el desarrollo integral de todos los niños, niñas y adolescentes para que éstos alcancen el máximo desarrollo de sus capacidades, generando mecanismos que permitan actuar a tiempo, para prevenir que alguno de ellos se quede atrás, así como para proteger aquellos niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados para que puedan retomar una trayectoria de desarrollo que contribuya a potenciar su bienestar.
2018	Ley 21.057	Regula entrevistas grabadas en video y, otras medidas de resguardo a menores de edad, víctimas de delitos sexuales.
2018	Ley 21.090	Crea la Subsecretaría de la Niñez.
2018	Ley 21.067	Crea la Defensoría de los Derechos de la Niñez.

2019	Ley 21.140	Modifica la Ley N°20.032, que establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del SENAME, y su régimen de subvención y el decreto ley N°2.465, del año 1979, del ministerio de justicia, que crea el servicio nacional de menores y fija el texto de su ley orgánica.
2018	Ley 21.120	Reconoce y da protección a la identidad de género. Se desprende de esta Ley el establecimiento de programas de acompañamiento para la niñez trans y género no conforme.
2019	Ley 21.155	Establece medidas de protección a la lactancia materna y su ejercicio. Tiene como objetivos: reconocer el valor fundamental de la maternidad y del derecho a la lactancia materna, como un derecho de la niñez; consagrar el derecho de la niñez al acceso a la leche humana y el derecho de las madres a amamantar libremente a sus hijos e hijas y; garantizar el libre ejercicio de la lactancia materna y del amamantamiento libre, y sancionar cualquier discriminación arbitraria que cause privación, perturbación o amenaza a estos derechos.
2021	Ley 21.302	Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia que está sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, en base a información obtenida de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (11), Silva et al, s/f (12) y MINSAL, 2013 (13).

Fuente:
Manual Operativo de
Lactancia Materna,
MINSAL, 2018



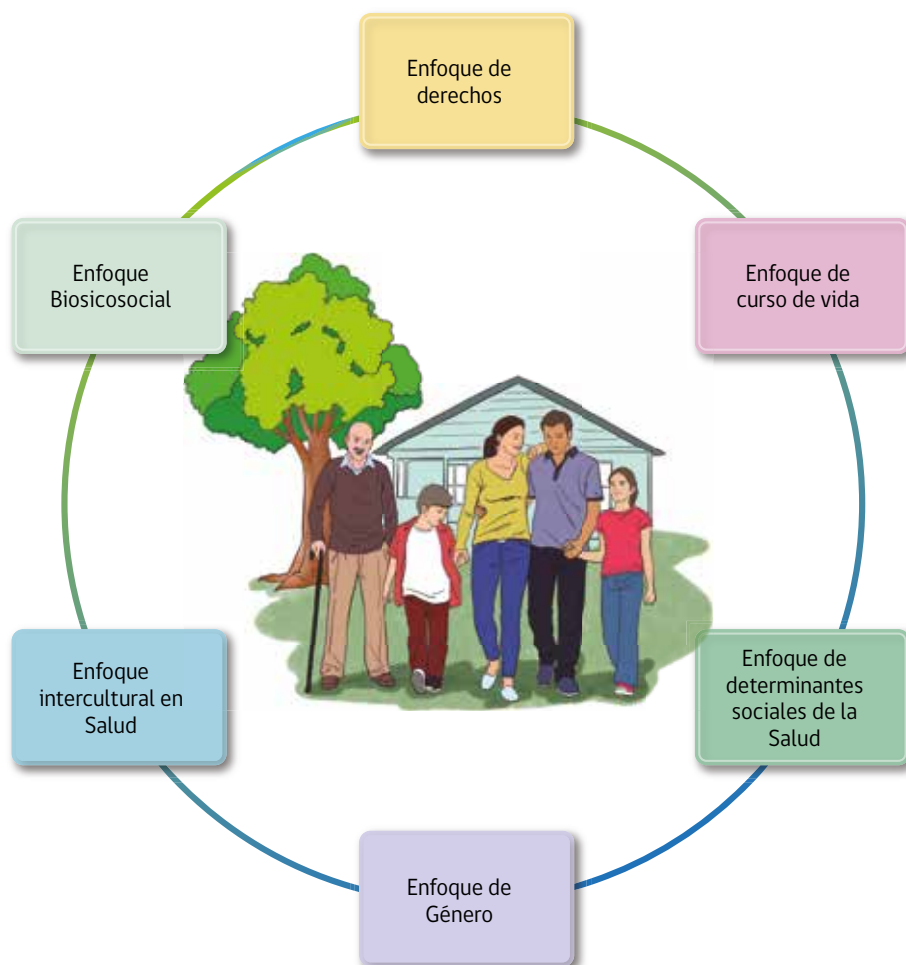
1.3 ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La atención de salud infantil y, en particular, la supervisión de salud, necesariamente debe considerar ciertos principios y enfoques que van a determinar la forma en que los equipos de salud se aproximarán y concretarán dicha actividad.

Estos principios, explicitan la complejidad de las acciones en el ámbito de la salud infantil, los que invitan a considerar diversos paradigmas e interpelan a los equipos de salud a tener una mirada y un accionar integral desde todo punto de vista. A su vez, estos enfoques no son excluyentes, sino más bien deben ser complementarios y transversales en la práctica clínica de los equipos de salud.

A continuación, se presentan los enfoques y principios que orientan la atención de salud infantil, a saber: enfoque de Derechos, de Curso de Vida, de Determinantes Sociales, de Género, Intercultural y Biopsicosocial (figura I-3).

Figura I-3. Enfoques orientadores en salud infantil.



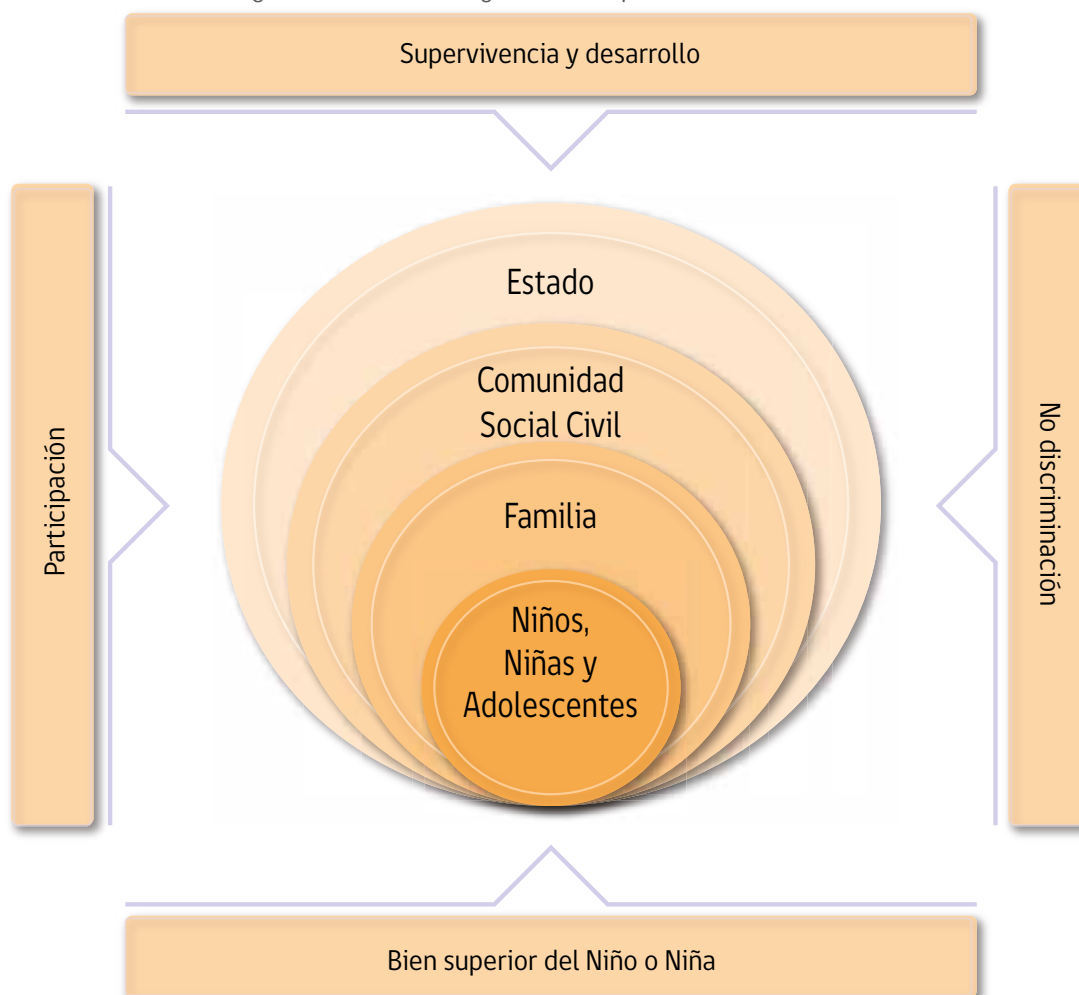
Fuente: elaborada por Programa Nacional de Salud de la Infancia, MINSAL, 2021.

1.3.1. ENFOQUE DE DERECHOS

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) aprobada el año 1989 (14) y ratificada por nuestro país un año más tarde, marca un antes y un después en la conceptualización de la niñez, transitando desde un paradigma de protección hacia un paradigma de derecho. Este último, implica reconocer al niño, niña y adolescente (en adelante NNA) como sujeto de derechos, con necesidades y deseos específicos que deben ser cubiertos, capaz de expresarlos, con posibilidad de participar en las decisiones que los incumben y gozar de cierto grado de autonomía progresiva, modulado de acuerdo con el momento del desarrollo en el que se encuentra. Además, interpela a los Estados firmantes, a la obligatoriedad de su cumplimiento.

Una forma de aplicar el enfoque de derechos en la implementación de políticas públicas es proponer el modelo ecológico, que permite considerar la multidimensionalidad de este enfoque y, por lo tanto, los diversos niveles de intervención e interdependencia. Por otra parte, permite considerar cómo se incorporan en todos los niveles los cuatro principios fundamentales en los cuales se basa el enfoque de derechos en la Infancia desde la ONU: supervivencia y desarrollo, participación, no discriminación, además de un principio que atraviesa todo el paradigma del derecho, que es el principio de bien superior del NNA y que finalmente no es más que el cumplimiento efectivo de los derechos (figura I-4).

Figura I-4. Mirada Ecológica del Enfoque de Derecho en NNA.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, basado en Convención de los Derechos del Niño, 1990 (15) y Bronfenbrenner, 2007 (16).

En esta mirada ecológica, aparece claramente el rol de las personas adultas como garantes de los derechos del NNA, siendo la familia la garante primaria, otorgando a la comunidad, y finalmente al Estado un rol importante, dado que tiene la obligación de generar las condiciones para que la familia pueda ejercer este rol y suplirla cuando ésta no tenga las condiciones para garantizarlos.

De esta forma, se deduce que los prestadores de salud, como parte del Estado, tienen la oportunidad y obligación de asegurar que estos derechos se cumplan, en especial desde la práctica de los principios, como una forma de entender y ejercer la labor asistencial.

a) Igualdad y No discriminación

Discriminación es cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia realizada sobre la base de las condiciones antes descritas que afecte el goce de derechos a la salud y otros derechos relacionados. La protección que brinda la CDN contra la discriminación se explica por la especial condición de vulnerabilidad en que se encuentran NNA y frente a las cuales las normas generales resultan insuficientes (17). Busca protegerlos de la explotación, abuso y negligencia de la que pueden ser objetos y de aquellas acciones que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (18).

Los NNA son discriminados (17):

- En razón de su especial posición en la sociedad (ej. a través de ciertas formas de castigo).
- Cuando son comparados con otros NNA y, en especial, frente a los adultos.
- En razón de su género o su pertenencia a ciertos grupos sociales que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.

De acuerdo con la Observación general N° 14 (2000) (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (19)), el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, elementos que permiten el ejercicio efectivo del derecho a la salud a todas las personas. Para el caso de pueblos indígenas y personas migrantes interesa enfatizar el principio de aceptabilidad que refiere a la obligación del Estado a entregar servicios de salud respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. Esto quiere decir que deben considerarse aspectos culturales de las personas, los pueblos y las comunidades, además de ser sensibles al género y al ciclo de vida.

Es importante recordar que Chile dispone de un instrumento normativo en esta materia, que regula la Discriminación Arbitraria (20), por motivos tales como la raza o etnia, la nacionalidad, opción sexual entre otros.

b) Supervivencia y desarrollo

Este derecho no solo explicita la necesidad de provisión de servicios para proteger la vida, sino también de contar con las condiciones para un desarrollo óptimo en todos los aspectos del ser humano: físico, psíquico (emocional y cognitivo) y social.

Por otra parte, la OMS ha establecido que el enfoque de la salud basado en los derechos humanos tiene como uno de sus ejes el garantizar el derecho a la salud de las personas y comunidades, estableciendo que los procesos de elaboración de políticas públicas de salud y los diversos programas que las componen, deben guiarse por normas y principios de derechos humanos.

c) Participación

Implica que todos los NNA tienen derecho a expresar sus opiniones y a participar en todos aquellos aspectos que le conciernen, en este caso en el ámbito de la salud. Esto significa que se debe ir transitando de esta mirada adultocéntrica de la salud, para poder visibilizar a los NNA en las acciones que se producen, no sólo a través de la información, sino logrando niveles superiores de participación, como lo es la toma de decisiones, en situaciones que les conciernen a ellos mismos. Para avanzar sobre ello, se requiere: ampliar el concepto de participación a todos los aspectos de la vida del niño/a y adolescente, en los diversos escenarios (interior de la familia, en la escuela, en el hospital o en materias de políticas públicas entre otros), ya que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser consultados e involucrados en los diversos aspectos que significa la participación.

Existe una profunda discusión de lo que significa, en lo operativo, el concepto de la autonomía de NNA que tiene la característica de ser progresiva y que debe necesariamente conversar con el concepto de bien superior del niño/a. Es importante considerar que no existe una edad mínima para esta participación, por lo que esta capacidad estará definida de forma individual; por otra parte, este principio no es una obligación, sino que es una opción, y entonces el rol de Salud es dar las condiciones para que esto ocurra.

d) Bien superior del niño y la niña

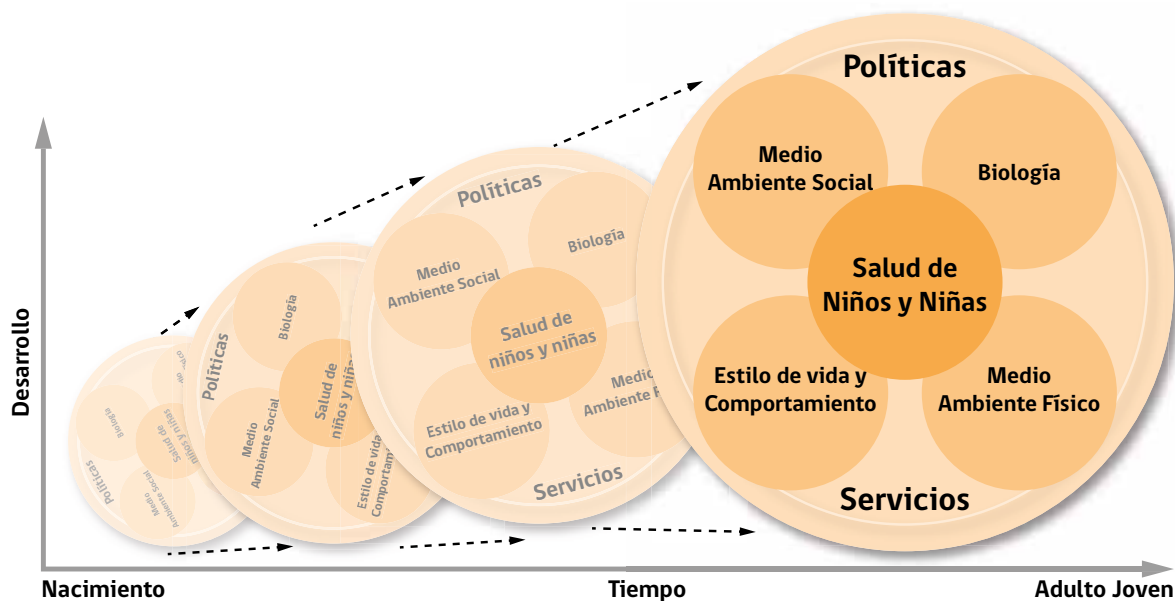
Este principio implica que todas las medidas respecto del niño o niña que tomen las instituciones públicas o privadas, de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas u otros, deben estar basadas en la consideración del interés superior del mismo. De esta forma, corresponde al Estado asegurar una adecuada protección y cuidado, cuando los padres y madres, u otras personas responsables, no tienen capacidad para hacerlo (15).

1.3.2. ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

El desarrollo humano y los resultados en salud, dependen de factores multidimensionales complejos que son el resultado de la interacción de diferentes factores, experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas, además, por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural (20). Es así, como intervenciones durante la etapa de la niñez y adolescencia, tendrán efecto en el adulto y en las personas mayores, además de poder afectar a las siguientes generaciones. Ejemplos existen muchos, tales como la planificación del embarazo, la atención prenatal adecuada, las medidas adecuadas para una maternidad sin riesgo, la lactancia materna, la vinculación afectiva temprana de un infante con un adulto, la crianza respetuosa, la prevención del consumo del tabaco y la adquisición de un hábito de alimentación sana. Todos factores protectores claves para obtener resultados favorables para la salud de la población (4,22).

El concepto de curso de vida es un modelo (figura I-5).

Figura I-5. Modelo de Salud infanto-adolescente y sus determinantes.



Fuente: MINSAL, 2012 (21).

Considera los diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida, de forma independiente, acumulativa e interactiva, que influyen en la salud y la enfermedad de las personas (23). Integra los procesos de riesgo biológico y social, reconoce que también el entorno condiciona la exposición al riesgo y las estrategias de respuesta del individuo, concretándose en inequidades en el acceso a los servicios (21). Por otra parte, esta mirada longitudinal de la vida integra sus distintas etapas (gestacional, infancia, adolescencia, juventud, adultez, adultez mayor) y sus características particulares, de forma que cada una se encuentra relacionada con la otra, permitiendo también visualizar influencias y patrones intergeneracionales.

Esta mirada del curso de vida es útil para poder entender cómo es que la salud de las personas puede seguir trayectorias tan distintas, afectando variables como expectativa de vida, calidad de vida, presencia de enfermedades crónicas, entre otras. Este enfoque enfatiza que es la interacción entre la biología y la experiencia, lo que determina el desarrollo de la salud de los individuos y poblaciones, y nos permite una comprensión más profunda sobre las causas de las enfermedades y el modo de prevenirlas.

Comprender este paradigma, implica considerar lo relevante que puede ser nuestra acción (supervisión de salud) a la hora de poder ser un factor que determine en forma más saludable la trayectoria y los procesos de transición de los individuos desde la infancia.

1.3.3. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Se entienden como Determinantes Sociales de la Salud (DSS) las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud (3).

El concepto de DSS surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. Este enfoque amplía el foco de los esfuerzos en salud pública más allá de las personas e incluso las comunidades para analizar las causas sociales más estructurales (3).

Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. En definitiva, es el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (figura I-6).

Existen grandes oportunidades para trabajar colectivamente sobre esos determinantes, desde dentro y fuera de los sistemas sanitarios. Para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reducir los niveles de inequidad sanitaria y mejorar el estado general de salud de la población, es preciso combatir de forma coordinada las afecciones importantes para la salud pública, actuando dentro de sistemas fortalecidos, basados en la atención primaria de salud.

Figura I-6. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud. OMS, 2009 (3).

Para ello la Comisión sobre Determinantes de la Salud (OMS) formula tres recomendaciones principales (3):

1. Mejorar las condiciones de vida.
2. Luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

En lo que respecta a la primera recomendación, se hace énfasis que uno de los ámbitos de trabajo es abordar de forma integrada el desarrollo en los primeros años de vida, partiendo de los programas de supervivencia infantil existentes y ampliando el alcance de las intervenciones destinadas a la primera infancia para que incluyan el desarrollo socioemocional y lingüístico-cognitivo.

Otro aspecto relevante es el enfoque de salud en todas las políticas (23), que surge a partir del reconocimiento cada vez mayor de que los resultados y la inequidad en materia de salud trascienden el sector de la salud y abarcan muchos sectores sociales y gubernamentales. Es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores, que de manera sistemática debieran considerar las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman, buscando sinergias y evitando impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Este concepto se puede considerar como el «brazo operativo» del enfoque de los determinantes Sociales.

1.3.4. ENFOQUE DE GÉNERO

La incorporación del Enfoque de Género responde al desafío de implementar políticas basadas en derechos que consideren de manera simultánea la equidad de género y los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Este enfoque apunta al conjunto de prácticas, símbolos, estereotipos, creencias, normas y valores sociales que se construyen a partir de la diferencia en el sexo biológico, la que define y prescribe modos y posibilidades de ser y hacer diferenciados para hombres y mujeres desde la primera infancia, y a lo largo del curso de vida.

Esta distinción no sólo se ve reflejada en procesos de aprendizaje de estereotipos y de roles específicos, sino que conlleva, muchas veces, a establecer relaciones asimétricas de poder que afectan de manera diferente las oportunidades de integración social en los ámbitos que las niñas y niños valoran. Esto, en muchos casos, se traduce en políticas, prácticas y actitudes discriminatorias frente a modos de ser y hacer, restringiendo las posibilidades de construcción de una sociedad equitativa, diversa e inclusiva. Por tanto, es importante identificar en el diseño e implementación de servicios destinados a niños, niñas y sus familias, elementos claves que reviertan esta situación (24).

La supervisión de salud es un escenario relevante a la hora de incorporar y educar en la praxis de este enfoque. Algunos de los aspectos a relevar son:

1. **Promover una mayor participación de los padres (hombres) en los procesos de salud reproductiva y en las tareas de cuidado y crianza de sus hijas e hijos** (26): es un derecho de niñas y niños ser cuidados por sus padres. Además, la participación activa del padre en los cuidados y crianza de los niños y niñas, constituye un beneficio para el desarrollo y es relevante para avanzar hacia la equidad de género.
2. **Evitar y corregir estereotipos culturales:** la familia transmite estereotipos de género por: a) las expectativas de las madres y los padres respecto al comportamiento de sus hijas e hijos; b) la forma de tratar a las hijas e hijos, de manera diferente si son niñas o niños (el rosado es para niñas, los hombres no juegan con muñecas, etc.; c) las relaciones entre las madres y los padres (la madre tiene que limpiar la casa, hacer la comida y el padre no) (27). Todas, situaciones que los equipos de salud deben ir modelando.
3. **Participar activamente en el proceso de construcción de la identidad de género:** reconociendo que el género es el constructo social de lo que la sociedad dice sobre lo que es ser hombre y ser mujer (27), y que se configura por una red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencia a los hombres de las mujeres. Es importante crear espacios protegidos y acompañar a las familias en este proceso de construcción de identidad de sus hijos e hijas, desarrollando tanto en la familia como en los equipos, la aceptación de la diversidad y la inclusión. Esto es muy relevante, considerando que si bien el género es una construcción social, la identidad de género es la convicción personal e interna de ser hombre, mujer, o quien uno es, tal como la persona se percibe a sí misma, la cual no necesariamente debe coincidir con su sexo biológico y es definida como un espectro que no necesariamente se restringe a identidades en absoluto femeninas y masculinas, sino que es posible acercarse a los extremos, avanzar desde uno al otro o no identificarse con alguna de ellas (28).

1.3.5. ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD

Un factor importante relacionado con los determinantes sociales es la Interculturalidad (3), enfoque que permite dar cuenta de una interrelación equitativa y respetuosa de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas y de género. Su relación con salud releva el reconocimiento y respeto de la singularidad y diversidad que cada cultura tiene a lo largo del curso de vida, construyendo un ambiente donde estas diferencias cohabiten y aporten a la mejor salud de la población.

En este contexto, existe consenso en la comunidad internacional, sobre el reconocimiento de la migración y la pertenencia a algún pueblo originario, como un determinante social de la salud, debido, entre otras cosas, a que todo patrón migratorio y/o de pertenencia étnica, genera factores individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa.

En cuanto a la articulación de la interculturalidad con el concepto de salud-enfermedad, tal como se ha ido estableciendo en los lineamientos del Ministerio de Salud de Chile (29), integrar la mirada intercultural a los programas de salud, resulta fundamental para la implementación de estrategias que consideren la visión de mundo y realidades socioculturales de los distintos usuarios.

En este sentido, es necesario reconocer que las acciones de los profesionales de salud se desarrollan en contextos culturales diferenciados y en constante interacción. Por tanto, el diseño de estrategias, programas y acciones definidos sólo en relación con el sistema de creencias del equipo de salud, representa un obstáculo para la prevención, promoción y acceso a una atención oportuna y pertinente desde lo cultural y/o territorial.

Es necesario considerar, por ejemplo, que los pueblos originarios o comunidades migrantes en sus países de destino, poseen una identidad étnica dinámica, que se encuentra en constante cambio, construcción y reactualización, en tanto diversos procesos sociales y globales impactan y redefinen el desarrollo de las personas a lo largo de su curso de vida.

Los pueblos indígenas tienen la particularidad de contar con un sistema y modelo médico propio, vigente y al cual acceden en contextos urbanos y rurales. Este sistema y modelo médico da cuenta de la existencia de un conjunto de agentes de salud, recursos y prácticas terapéuticas, orientadas por decisiones y formas de comprender e interpretar los procesos de salud-enfermedad-atención. Este sistema y modelo médico indígena requiere ser considerado en una relación de simetría por el equipo de salud en articulación con la oferta de salud y las prestaciones del Programa Nacional de Salud de la Infancia.

Por otra parte, los pueblos originarios también demandan adecuaciones al sistema de salud lo que debiera traducirse en un sistema de salud más pertinente, cuya organización permita responder a las particularidades de sus perfiles epidemiológicos y a las necesidades concretas de acceso a salud. Para ello, es necesario que los profesionales se formen, informen e interioricen sobre el entorno cultural, social y territorial de la familia. De existir un facilitador intercultural, se recomienda incorporarlo para el análisis.

Para lo anterior se requiere avanzar en la elaboración de guías, orientaciones técnicas, recomendaciones, protocolos y/o Normas Técnicas específicas que permitan la implementación de este enfoque.

Respecto a la migración, es sabido que la inserción de las personas migrantes es muy compleja, debido a barreras de idioma, costumbres, diferentes formas de concebir la salud y enfermedad, acceso a los servicios de salud, dificultad para “navegar en el sistema de salud” producto de la desinformación, entre otros. Al respecto, la realidad de nuestro país no es distinta, por lo tanto, abordar la atención de una nueva sociedad conformada por personas de distintas culturas, con costumbres y condiciones de salud diferentes, es un compromiso ético y moral de todos los actores del sistema de salud.

En los últimos años, un porcentaje considerable de las consultas de Atención Primaria de Salud (APS) están dedicadas a la atención de niños inmigrantes menores de 10 años. Por lo tanto, se hace necesario actualizar los protocolos y normas técnicas de atención, con el objetivo de mejorar la atención en este grupo pediátrico, incluyendo la detección de factores de riesgo, el tratamiento de los problemas médicos y su seguimiento desde un enfoque de reconocimiento de la diversidad sociocultural.

En este contexto, se hace necesario que los equipos de salud adquieran ciertos conocimientos y se preparen para brindar una atención adecuada, de calidad y con pertinencia territorial y cultural, contribuyendo de esta forma a que la inserción y adaptación de los colectivos migrantes y/o de pueblos originarios, especialmente de los grupos bajo mayores vulnerabilidades, tales como los niños, niñas, adolescentes y mujeres gestantes.

1.3.6. ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

El Enfoque Biopsicosocial elaborado por Engel (30), representa un intento de integrar tres factores: biológicos, psicológicos y sociales. Amplía la mirada, sosteniendo que estos factores determinarán la salud y la enfermedad de las personas. Este enfoque, evolucionado desde la Teoría General de Sistemas, da énfasis a la complejidad del proceso salud enfermedad, contrastando con el modelo tradicional, lineal y reduccionista de la medicina biomédica que plantea que cada proceso de enfermedad se explica en términos de una desviación de la función normal subyacente, como un agente patógeno, genético o anomalía en el desarrollo, o una lesión.

Algunas características de este enfoque:

- La salud y la enfermedad son un continuo, en el cual se entiende que este proceso es multidimensional donde interactúan sistemas biológicos, psicológicos y sociales, culturales tanto individuales familiares y ambientales (pensamiento sistémico).
- Se reconocen opciones como tener enfermedad y no sentirse enfermo o viceversa, por lo que se amplían las posibilidades de quienes serán objeto de nuestro quehacer (no sólo los que tienen enfermedad) poniendo el foco en las personas.
- El diagnóstico debe considerar todos los aspectos mencionados considerando modelos de salud que incorporen esta complejidad. Para ello se requiere del desarrollo de competencias profesionales e incorporación del contexto (31).
- La relación entre las personas y los equipos de salud incorpora a la familia como marco referencial y considera a la familia y sus recursos en todos los ámbitos del proceso salud enfermedad, tanto en el origen del problema, en la causa del problema y en las posibles soluciones para superarlo. Esto se hace aún más relevante en la atención con niños y niñas en donde la familia y específicamente padre, madre y cuidadores son los mediadores en la atención en salud.
- Por otra parte, considera al profesional como un facilitador del autocuidado de la salud de las personas y las familias, favoreciendo que ellas se empoderen, se responsabilicen y aumenten sus capacidades de autogestionar su propio cuidado y favorezcan la conservación de su salud.
- Implica también, una forma relacional diferente entre los miembros del equipo de salud, que deben considerar una respuesta integral y multidisciplinaria de abordaje del cuidado de las personas y familias.

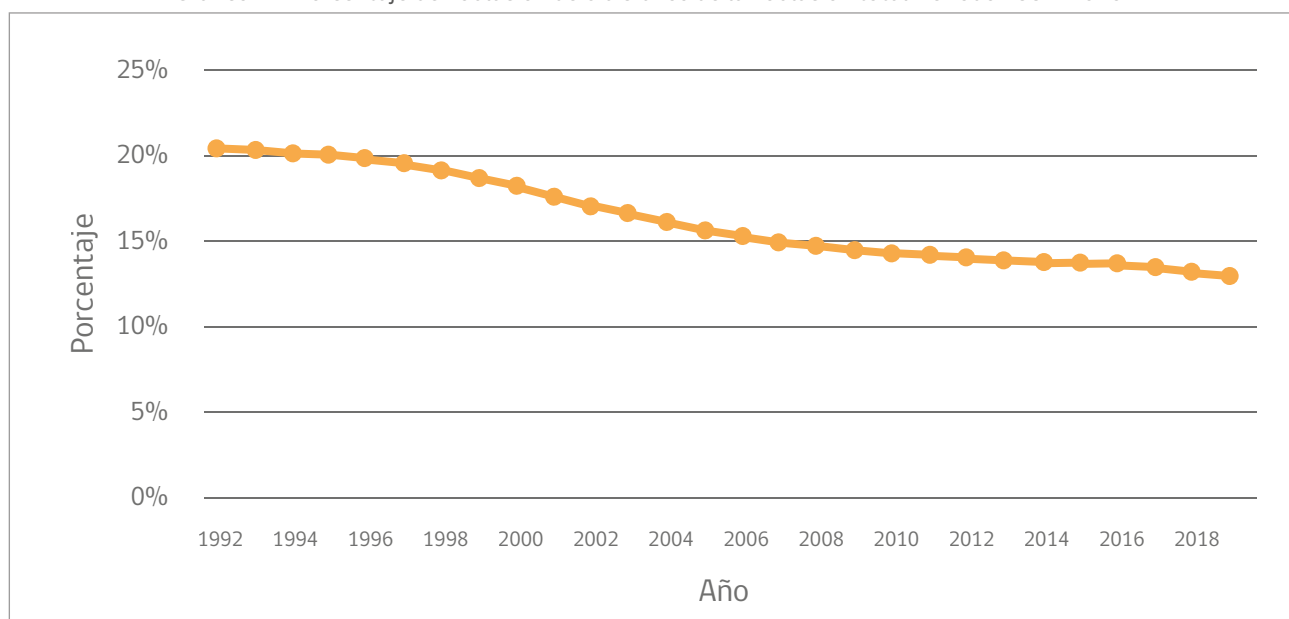
El Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, incorporado en el contexto de la reforma de salud del año 2005, considera una serie de elementos que sin duda tributan a la complejidad de este enfoque biopsicosocial y que hay que considerar.

1.4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, se presentan las características sociodemográficas del país que se asocian a la salud infantil, entre ellas; ingresos familiares, educación, familia, pueblos indígenas y migraciones.

La población en nuestro país ha crecido en forma sostenida, acelerándose este fenómeno en los últimos 60 años llegando, de acuerdo con el Censo del año 2017, a 17.574.003 habitantes (32). En este contexto general, el porcentaje de población de 0 a 9 años de la población total ha ido disminuyendo de forma paulatina (gráfico I-1), desdibujando la pirámide poblacional y reduciendo así el peso relativo de la población infanto-juvenil para aumentar las poblaciones de edades mayores (9).

Gráfico I-1. Porcentaje de Población de 0 a 9 años de la Población total. Periodo 1992-2018



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia, en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) 2019 (32).

En la siguiente figura (gráfico I-2), se detalla la evolución de los distintos grupos etarios, observando una tendencia sostenida al envejecimiento de la población, a partir del descenso del porcentaje de personas menores de 15 años, que en 1992 era 29,4%, y en el 2017 llegó a 20,1% (32). Se aprecia, además, el aumento de la población mayor de 64 años, pasando de un 6,6% en el año 1992, a un 11,4% en el año 2017. Entre los principales factores que explican el envejecimiento de la población en Chile, se encuentra la baja constante de la tasa global de fecundidad y las mejoras en las condiciones de salud en el país, que explican el alza de la esperanza de vida al nacer (32).

Gráfico I-2. Distribución porcentual de la población, por grupos de edad, según censos 1992, 2002 y 2017.



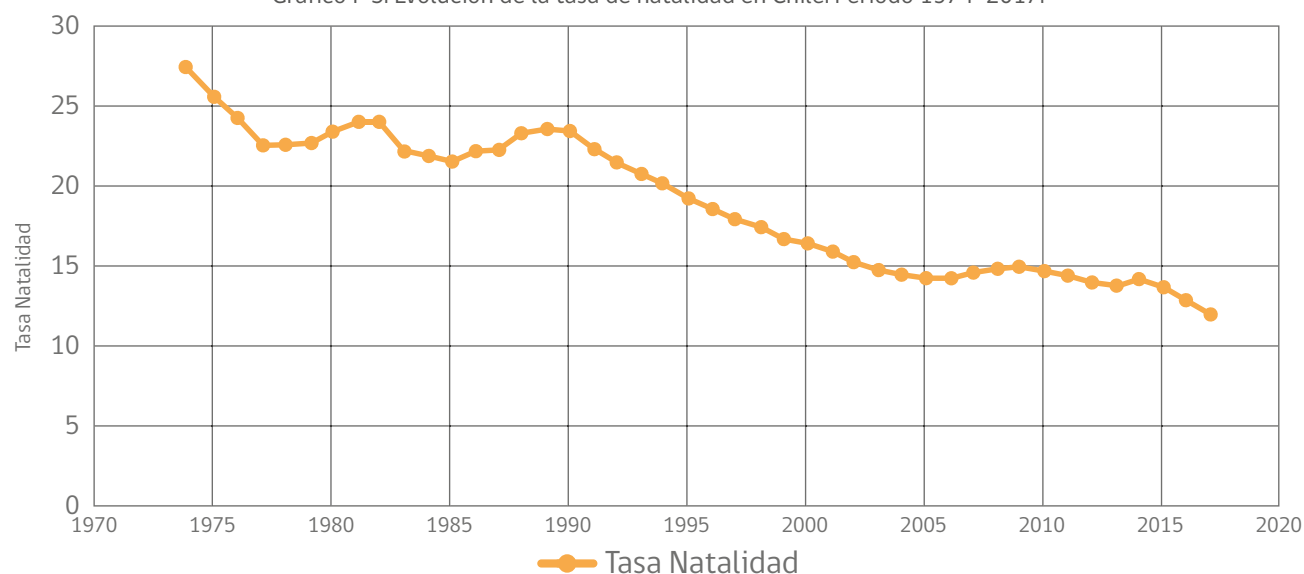
Fuente: INE, 2018 (32).

De acuerdo con las estadísticas vitales publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en abril del año 2019 (33), en el año 2017 se produjeron 219.186 nacimientos, 12.563 menos que en 2016. Del total de nacimientos, 50,9% fueron hombres y un 49,1% mujeres. Al observar su distribución por grupos de edad de la madre, se obtiene que el 72,2% de los nacimientos se concentra en el tramo 20 a 34 años. Desglosando ese tramo, el grupo de 25 a 29 años es el que tiene mayor porcentaje de representación, con un 27,1% de los nacimientos. Le sigue el grupo de 30 a 34 años, con un 24,6% del total, y el grupo de 20 a 24 años, con un 20,5%.

Lo anterior se condice con el retraso de la maternidad y el consiguiente desplazamiento de la cúspide de la distribución porcentual de los nacimientos en el país, que pasa de una cúspide temprana a una tardía. La Región Metropolitana, al concentrar la mayor parte de la población del país, agrupa el 42,3% de los nacimientos totales (33).

En Chile, la natalidad ha presentado una sostenida reducción, llegando la tasa de natalidad (número de nacimientos por cada mil habitantes en un año), de 27,3 nacidos vivos por 1.000 habitantes en 1974, a 11,9 nacidos vivos por 1.000 habitantes en el año 2017 (gráfico I-3) (34).

Gráfico I-3. Evolución de la tasa de natalidad en Chile. Periodo 1974-2017.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2017 (34).

1.4.1. INGRESOS FAMILIARES

De acuerdo con la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, un 14,4% de la población de 0 a 9 años se encuentra en situación de pobreza por ingresos, siendo mayor en el grupo de 0 a 3 años (15% de la población de 0 a 3 años se encuentra en esta situación). Sin embargo, al considerar la pobreza multidimensional -considerando 5 dimensiones: educación; salud; trabajo y seguridad social; vivienda y entorno; redes y cohesión social- este porcentaje aumenta a un 25,4% en total, siendo mayor en la población de 4 a 5 años con un 28,9% de este rango etario (4 a 5 años) (35).

Por otra parte, existe variabilidad regional importante. La Región de Magallanes presenta el menor porcentaje de población menor a 10 años en situación de pobreza por ingresos (un 5,3% de la población de 0 a 3 años; un 3,1% entre 4 a 5 años y un 3,7% entre 6 a 9 años). La Región Metropolitana también se encuentra entre aquellas con valores menores a la mayoría de las regiones (un 11,2% de la población de 0 a 3 años; un 10,7% entre 4 a 5 años y un 9,7% entre 6 a 9 años). Mientras, en la Región de la Araucanía se presentan los porcentajes más elevados (un 26,7% de la población de 0 a 3 años; un 21,4% entre 4 a 5 años y un 24,4% entre 6 a 9 años) (35).

De acuerdo con la zona, la pobreza multidimensional también tiene amplia variabilidad según se habite en zona rural o urbana. En la población en el tramo de 4 a 5 años, la pobreza multidimensional en las zonas rurales alcanza un 44,1%, comparado con un 26,9% en la zona urbana (35).

1.4.2. EDUCACIÓN

En relación con la educación parvularia, la tasa bruta de matrícula aumentó en casi 6 puntos porcentuales entre los años 2010 y 2016, con la mayor tasa de crecimiento dentro de los niveles medios y los de sala cuna, que aumentaron su matrícula en un 19% y en un 13% respectivamente durante el periodo indicado (36). De acuerdo con el Censo 2017, el 50,3% de la población entre 0 a 4 años acude a algún tipo de educación formal, de los cuales el 70,8% acude a sala cuna o jardín infantil y un 24,7% a prekínder (37).

La información entregada por el Censo 2017 muestra además que la población entre 5 a 9 años acude en un 96,7% a educación formal, de los cuales el 57,5% acude a educación básica y 29,8% asiste a kínder. Entre los años 2010 y 2016 la tasa bruta de matrícula en la enseñanza básica se ha mantenido sin variaciones importantes (36).

De todos estos niños y niñas asistentes, menos del 1% corresponde a educación especial o diferencial (0,84%) (37).

1.4.3. FAMILIA

En las últimas décadas, las concepciones y formas de hacer familia en nuestro país han ido evolucionando y abriéndose a miradas más amplias. Sin embargo, la corresponsabilidad sigue siendo un desafío pendiente, manteniendo la mujer el rol principal en torno al cuidado y a las labores domésticas (38).

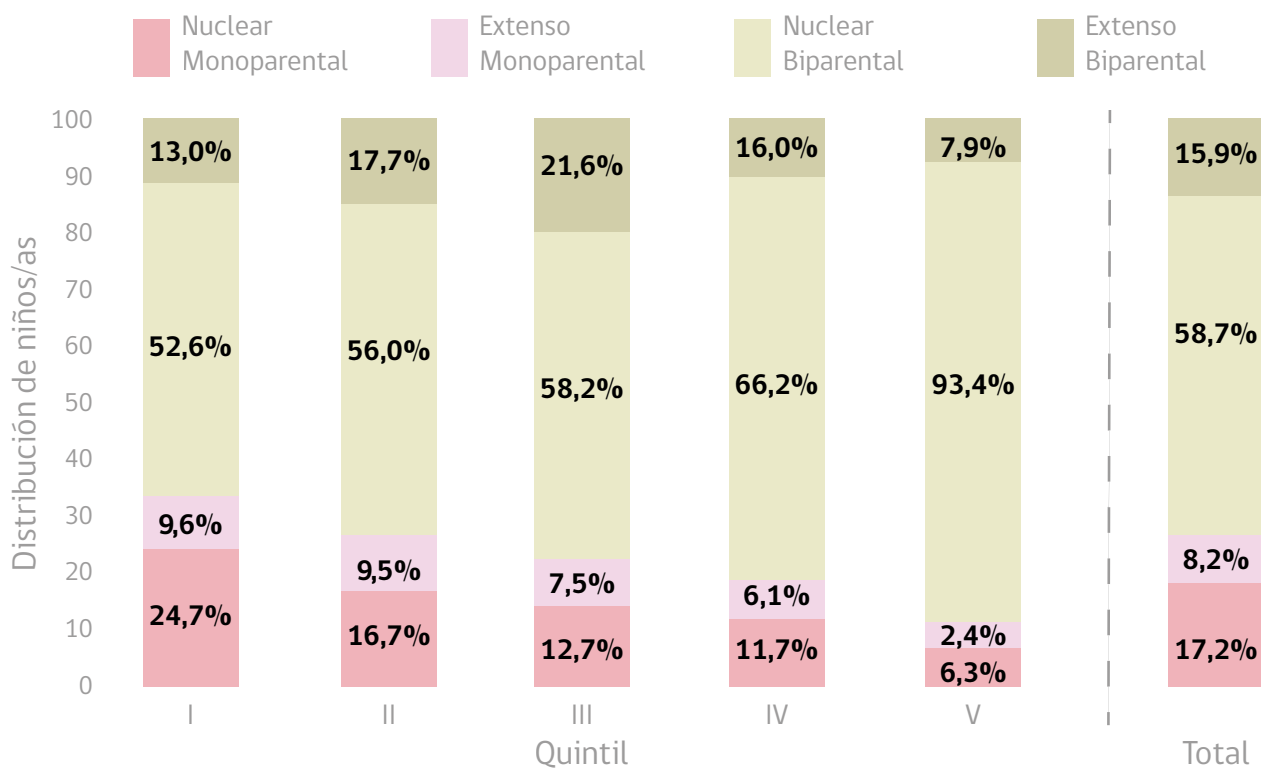
La incorporación de la mujer al mundo laboral impacta de manera importante en el bienestar materno, considerando que muchas de estas mujeres deben mantener una multiplicidad de roles (39). De acuerdo con los resultados del Censo 2017, la jefatura de hogar de mujeres aumentó 10 puntos porcentuales entre el año 2002 y 2017 (31). En la misma línea, la 3ª Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI) 2017 (40) indica que la jefatura femenina del hogar ha aumentado de manera significativa y que, de estos hogares, un 55,7% son monoparentales. Mientras, en aquellos con jefatura masculina, este valor alcanza solo el 3,6%.

En la misma encuesta, se describe además que el 54% de los hogares presenta corresponsabilidad en la crianza, destacando la madre, como fue mencionado anteriormente, como cuidador principal. Por otra parte, es importante destacar que 3 de cada 4 cuidadores no cuentan con ninguna forma de apoyo en el cuidado de los niños y niñas.

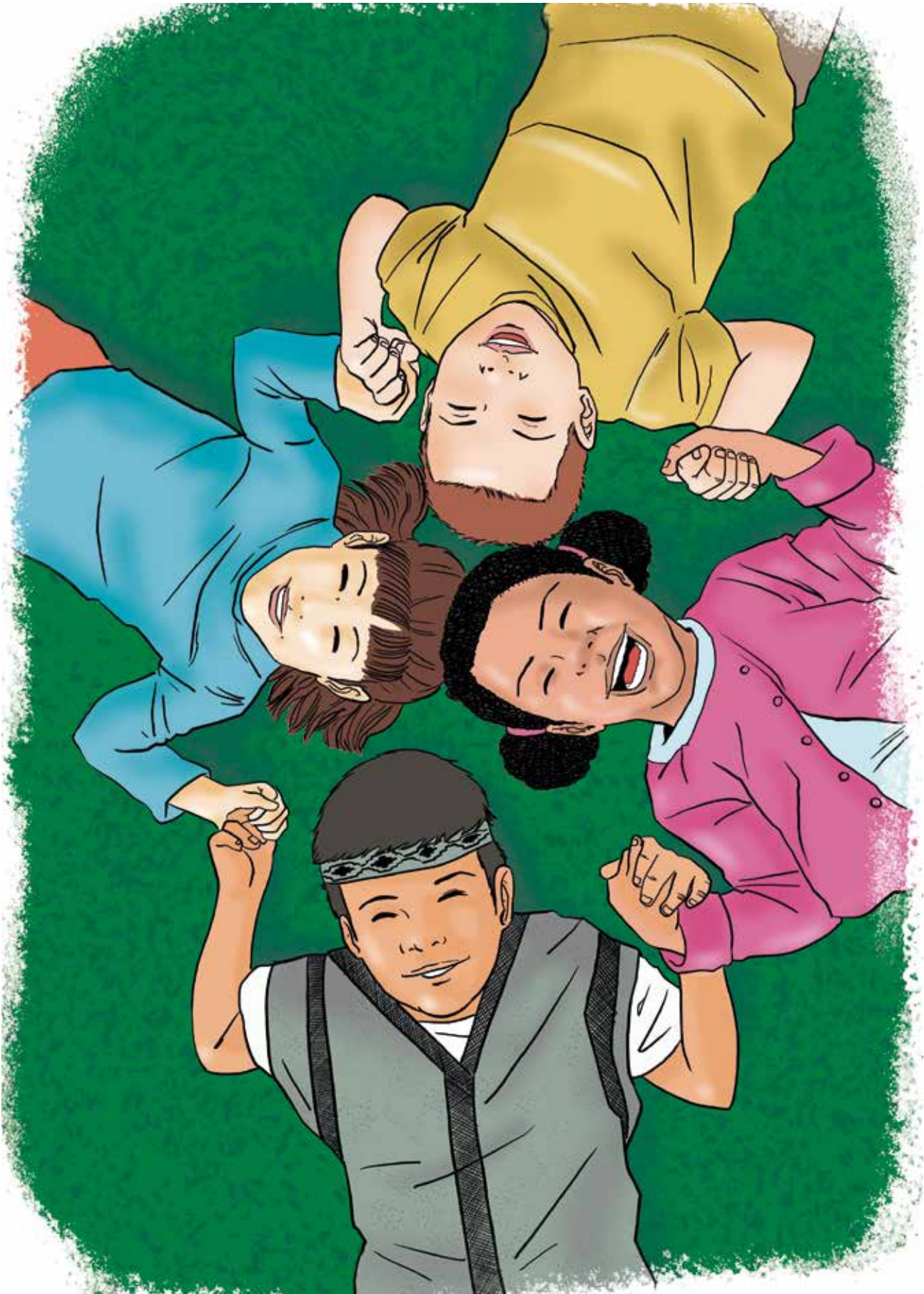
En general, sigue existiendo un mayor porcentaje de hogares biparentales (74,6% en suma entre los nucleares y extendidos), sin embargo, es importante destacar que la mayor concentración de hogares monoparentales se encuentra en el I y II quintil de ingresos (gráfico I-4).



Gráfico I-4. Distribución de niños/as según tipología de hogar por quintil de ingreso autónomo.



Fuente: 3ra Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI) 2017 (40).



1.4.4. PUEBLOS INDÍGENAS

La población que se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario ascendió a 2.185.729 personas en el Censo 2017, es decir, un 12,8% de la población efectivamente censada respondió afirmativamente a la pregunta ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario? (31). Los tres pueblos con mayor representatividad son Mapuche, Aymara y Diaguita (31). Sin embargo, es importante destacar que son diez los pueblos reconocidos por la Ley indígena; Aymara, Quechua, Lican Antay, Colla, Chango, Diaguita, Mapuche, Rapa Nui, Kawésqar y Yagán (41).

En relación con la situación de la niñez indígena en Chile podemos decir que, del total de la población infantil entre 0 a 9 años, alrededor de un 12,5% declara pertenecer a alguno de los pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena. A nivel país, las regiones que tienen la mayor proporción de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas son; la Araucanía con un 39%, Aysén con un 33%, Los Lagos con un 32% y la región de Arica y Parinacota con un 31% (42).

Según Censo abreviado de INE (2017), el 80,51% de la población indígena reside en áreas urbanas, y un 19,49% reside en área rural. La migración a centros urbanos es un fenómeno global, situación que también repercute en la salud de las familias indígenas, por las condiciones de migración y la adopción de patrones no indígenas en desmedro de las prácticas propias que habitualmente constituyen un factor protector de la salud. La presencia de niñez indígena no es sólo un asunto exclusivamente rural, ya que el mayor porcentaje de población de niños y niñas indígenas reside en sectores urbanos de grandes regiones, tales como la Región Metropolitana, seguido de la Región de La Araucanía, la Región de Los Lagos y Región del Biobío (43).

Respecto a condición socioeconómica, de acuerdo con la encuesta CASEN 2015 un 30,9% de los niños y niñas indígenas viven en situación de pobreza multidimensional y un 23,8% de ellos está afectado por pobreza por ingresos (44), ese es un factor determinante y está relacionado con las condiciones desfavorables de acceso a alimentación adecuada, acceso a servicios básicos como agua y otros que impactan la condición de salud de esta población.

Es importante destacar que la población de niños, niñas y adolescentes indígenas presenta peores indicadores de salud que la población no indígena, observándose indicadores que muestran diferencias importantes en términos del estado nutricional de los NN indígenas menores de 6 años en relación con los no indígenas. Así, el porcentaje de niños y niñas indígenas con un estado nutricional normal corresponde a un 76,8%, valor inferior al de niños y niñas no indígenas (82,1%), presentando además mayores porcentajes de obesidad y sobrepeso, así como de riesgo de desnutrición (43).

1.4.5. MIGRACIÓN

Si bien el fenómeno migratorio no es nuevo en el país, es importante señalar que, en los últimos 25 años, el porcentaje de inmigrantes ha crecido en forma constante. En 1992 se censaron 105.070 personas nacidas en el extranjero residentes habituales de Chile, lo que representó 0,8% del total de población que residía en el país. Esta proporción fue 1,3% en el Censo de 2002 (187.008 personas), mientras que, según el último Censo oficial del año 2017, los inmigrantes internacionales representan el 4,4% de los residentes habituales en Chile. De la totalidad de migrantes internacionales, los principales países de origen representados son: Perú (25,2%), Colombia (14,1%), Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%), Haití (8,4%). De la totalidad de inmigrantes internacionales un 10,6% corresponde a niños entre 0 y 14 años (45).

Sin embargo, esta información fue actualizada en una posterior proyección del INE realizada el año 2018, a partir del trabajo de combinación de la cifra censal y registros administrativos de extranjería, estimándose la población migrante del país en 1.251.225 personas (6,6%), de los cuales un 14,9% tienen entre 0 y 19 años. A pesar de esto, Chile aún está muy por debajo del promedio de los 35 países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), en donde se alcanza un promedio del 13% de población migrante (46).

Si bien la información disponible es limitada, existen estudios que han analizado bases de datos cuantitativas que han concluido que en gestantes destaca un alto porcentaje de mujeres sin previsión de salud, que inician control tardíamente y en mayor riesgo psicosocial comparado con chilenas (47).

La incidencia de la pobreza por ingresos en la población nacida fuera de Chile es mayor. Al nacer en Chile, este valor es de 7,5%, mientras que al nacer en el extranjero alcanza un 10,2%. Al desglosar por grupos de edad, este valor es aún mayor en la población de 0 a 17 años, alcanzando a 13,9% en aquellos nacidos en Chile y a 22,8% en aquellos nacidos fuera de Chile (48). Destaca, además, que existe un mayor porcentaje de escolares 15-18 años que dejan sus estudios inconclusos (47).

Se ha observado, además, un alto porcentaje de niños migrantes sin previsión de salud. En cuanto a las diferencias entre la población chilena y migrante en egresos hospitalarios, las hospitalizaciones por problemas respiratorios serían menores en población migrante; sin embargo, en traumatismos y otras causas externas, neoplasias y malformaciones congénitas, su proporción en migrantes llega a ser casi el doble de la población chilena en algunos rangos etarios (47).

Desde el año 2014, se ha establecido un marco normativo que garantiza a los migrantes acceso a atención de salud en iguales condiciones que los nacionales. Los refugiados tienen cobertura total y directa al sistema de salud, por convenio especial entre el seguro público de salud FONASA y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Se asegura la atención de niños, niñas y adolescentes y a mujeres embarazadas, no importando su situación migratoria, así como, la obligación de entregar bienes públicos de salud a esta población que son de acceso universal y que van en protección de toda la población, por medio del Decreto Supremo N°67¹. Finalmente, como una medida de reforzamiento, se emite la circular A15 N°4 de 2016 que instruye sobre la implementación del Decreto N°67 y reitera todas las vías de acceso al sistema de salud y precauciones en la línea de garantizar la atención de salud en iguales condiciones que la población nacional.

En el sistema público de salud, los menores de 18 años y las mujeres durante el embarazo, el parto y hasta 12 meses después del parto, aun cuando se encuentren en situación migratoria irregular, tienen derecho a: Acceder a todas las prestaciones de salud que requieran, incluidos los controles médicos durante todo el embarazo; La totalidad de prestaciones contenidas en esta norma técnica, en el control anual de crecimiento del niño hasta los 9 años, y todas las prestaciones del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC).

1 En marzo de 2016 se publica el Decreto Supremo N° 67 que fija la circunstancia y mecanismo para acreditar a las personas carentes de recursos como beneficiario de FONASA, Seguro Público, se agrega la circunstancia de personas inmigrantes carentes de recursos sin documentos o sin permisos de residencia, con esto se protege a la población en mayor situación de vulnerabilidad, en iguales condiciones que los nacionales. Esta modificación se funda en instrumentos internacionales de Derechos Humanos, la Constitución de Chile, el DFL N°1 del 2005, la Ley N° 18.469, dos dictámenes de Contraloría General de la República del 2013 y 2015 y un fallo de tribunales de Antofagasta del 2015.



1.5. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

La situación epidemiológica se presenta a continuación a través de las características de la morbilidad y mortalidad en la infancia.

1.5.1. MORBILIDAD

En el año 2018, los egresos hospitalarios de niños y niñas menores de 10 años representaron un 12,3% de la globalidad de egresos hospitalarios en todos los tramos de edad (tabla I-2).

En relación con la morbilidad de niños y niñas menores de 1 año, en el año 2012, las tres primeras causas de egresos hospitalarios fueron; en primer lugar, ciertas afecciones originadas en el período perinatal (40,2%), en segundo lugar, las enfermedades del sistema respiratorio (28,9%), y, en tercer lugar, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (6,3%). En comparación con el año 2018, las primeras dos causas se mantuvieron, sin embargo, la tercera causa se modificó por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (6,3%). El grupo menor de 1 año representa el 39,9% del total de egresos hospitalarios, en los niños y niñas menores de 10 años.

Tabla I-2. Causas de egresos hospitalarios en niños y niñas menores de 10 años por grupos etarios.

Egresos	Grupo etario			
	menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	0 a 9 años
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	4,4%	8,8%	4,1%	5,8%
Tumores (Neoplasias) (C00-D48)	0,3%	3,3%	4,5%	2,4%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	0,4%	1,3%	1,5%	1,0%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	0,5%	1,3%	2,4%	1,3%
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	0,03%	0,2%	0,5%	0,2%
Enfermedades del sistema nervioso central (G00-G99)	1,5%	4,6%	4,4%	3,3%
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	0,2%	0,5%	0,6%	0,4%
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	0,1%	0,9%	1,2%	0,7%
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	0,3%	0,6%	1,0%	0,6%
Enfermedades del Sistema respiratorio (J00-J99)	26,7%	35,9%	25,5%	29,5%
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	2,3%	5,5%	14,4%	6,6%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	0,6%	1,9%	2,1%	1,4%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	0,1%	1,2%	2,2%	1,0%
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	3,7%	7,9%	10,2%	6,8%
Ciertas afecciones Originadas en el periodo perinatal (P-00 - P-96)	45,6%	-	-	18,2%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	6,3%	7,3%	6,2%	6,6%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	2,1%	5,2%	3,0%	3,4%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	1,9%	11,4%	13,3%	8,1%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3,0%	2,2%	2,8%	2,7%

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos extraídos de DEIS, período 2018.

Tanto en el grupo de 1 a 4 años, como en el de 5 a 9 años, la primera causa de egreso hospitalario es por enfermedades del sistema digestivo y así como, comparten la causa de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, dentro de las tres primeras causas.

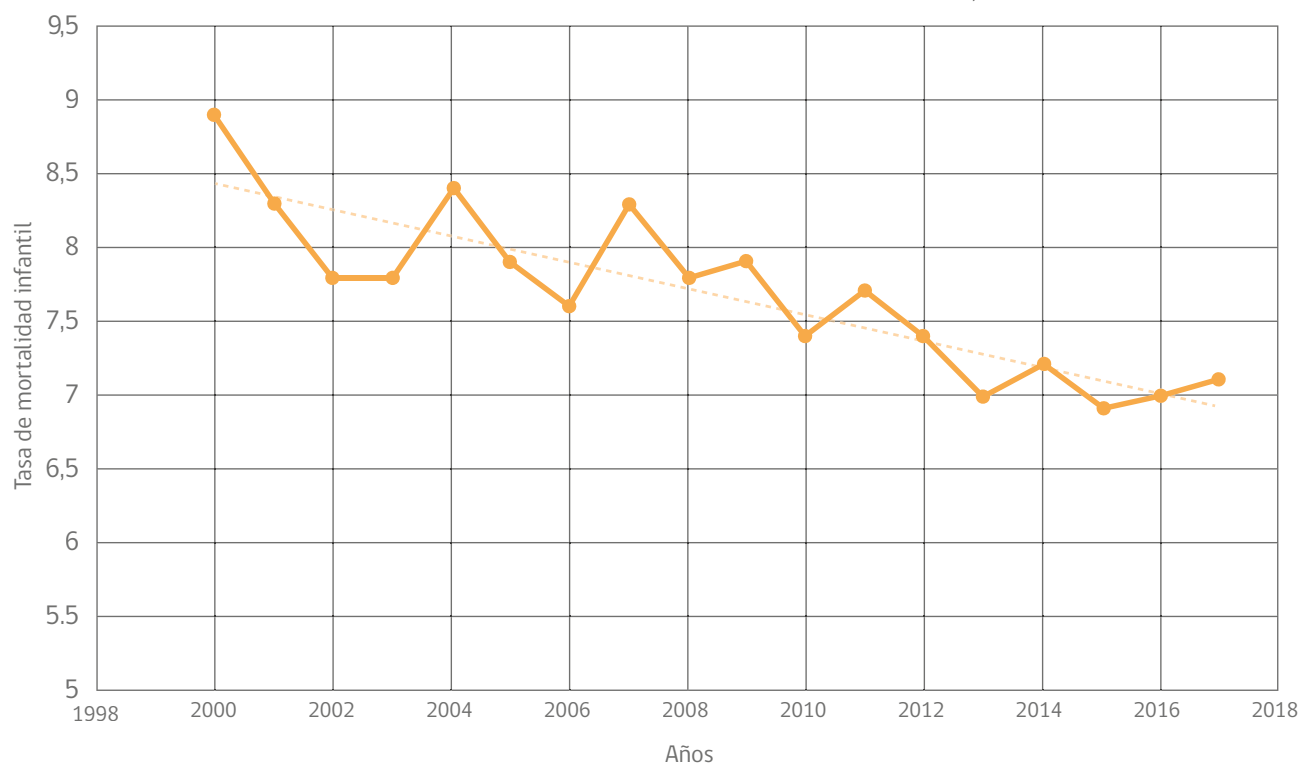
1.5.2. MORTALIDAD

La tasa de mortalidad infantil (TMI), definida como la cantidad de defunciones en niños menores de 1 año por 1.000 Nacidos Vivos (NV), es uno de los indicadores usados internacionalmente para comparar el grado de desarrollo de un país y un indicador de desigualdad de los sistemas de salud, siendo además un insumo para evaluar efectividad de programas nacionales y, en consecuencia, de los estados (49).

La TMI está compuesta por la tasa de mortalidad infantil neonatal, definida como la cantidad de defunciones en niños y niñas menores de 28 días por 1.000 NV, y la mortalidad infantil post-neonatal, definida como la cantidad de defunciones en niños y niñas de 28 días a 11 meses y 29 días por 1.000 NV. La mortalidad neonatal a su vez está compuesta por la mortalidad neonatal precoz, definida como la cantidad de defunciones en niños y niñas menores de 7 días por 1.000 NV, y la mortalidad neonatal tardía, definida como la cantidad de defunciones en niños y niñas entre los 7 y 28 días de vida, por 1.000 NV.

Los logros de Chile relacionados a las bajas cifras de mortalidad infantil son ampliamente conocidos, pasando de tener los valores más altos del continente a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, a situarse en un lugar destacado en el contexto latinoamericano. Reflejo de esto es que en el año 1970 esta cifra alcanzaba 86,5 por 1.000 NV (49), disminuyendo a 7,1 por 1.000 NV en el año 2017 (50) (gráfico I-5).

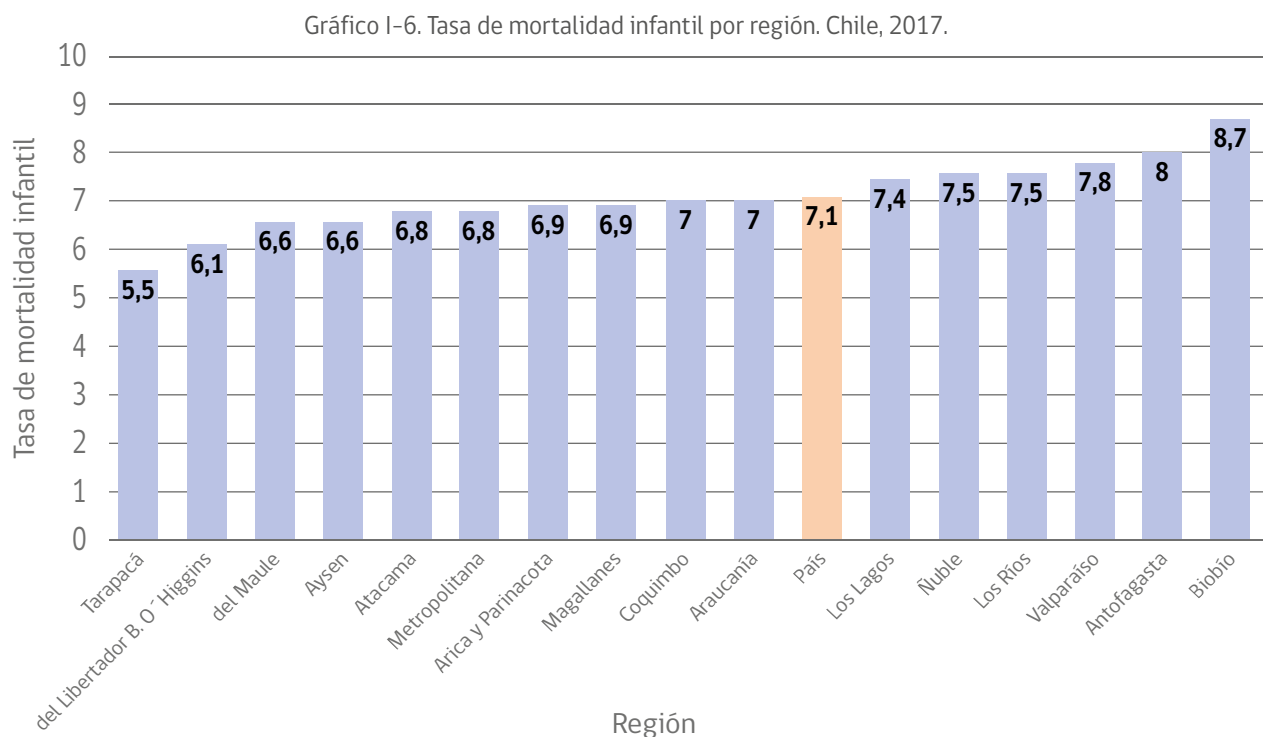
Gráfico I-5. Evolución de la tasa de mortalidad infantil 2000 a 2017, Chile.



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos obtenidos de Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2017 (50).

No obstante, el comportamiento de la TMI no siempre es uniforme dentro de un país. En Chile, se puede constatar que sus valores no son homogéneos entre las regiones de residencia (gráfico I-6). En el año 2017 la Región de Biobío presentó las cifras más elevadas, llegando a 8,7 por 1.000 NV, seguida por la Región de Antofagasta con 8,0 por 1.000 NV. Por otra parte, la Región de Tarapacá presenta la TMI más baja, con un valor de 5,5 por 1.000 NV (50). Desde mediados del siglo XX, estas diferencias se han explicado a través de las desigualdades estructurales sociales y económicas dentro de un país o de una región, estableciéndose una estrecha relación entre la pobreza y mortalidad infantil (51-54).

Al desagregar la Mortalidad, se aprecia que la Tasa de Mortalidad Neonatal (defunciones en menores de 28 días), es la que representa el mayor número de defunciones dentro de la población infantil, correspondiendo a 5,5 por 1.000 NV. Dentro de ésta, la Mortalidad Neonatal Precoz es la de mayor participación, con un valor de 4,3 por 1.000 NV (50).



Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos obtenidos de INE, 2017 (50).

Según la clasificación del CIE-10 destaca como primera causa de muerte las causas perinatales, las que se concentran mayormente en el periodo de 0 a 1 año. La segunda causa es por “malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas”, las que también se concentran en los menores de un año. Al analizar el resto de las causas, le siguen en frecuencia las enfermedades del aparato respiratorio, del sistema nervioso, ojo y oído, y las infecciosas y parasitarias. Las causas tumorales se han reducido en los últimos años, abandonando el tercer lugar que ocupaba habitualmente. Las causas externas (Resto de las causas), dentro de las que se encuentran los accidentes de tránsito, y accidentes en domicilio se mantienen. Estas últimas toman mayor relevancia en el grupo mayor de 1 año (tabla I-3) (50). En la tabla I-4 se presentan agrupadas en causas más específicas de defunción.

Tabla I-3. Defunciones de menores de 1 año según grupos de causa de muerte según CIE-10, Chile 2017.

Descripción de los grupos de causa de muerte	Total
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	720
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	591
Enfermedades del sistema respiratorio	26
Enfermedades del sistema nervioso, ojo y oído	25
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	24
Enfermedades del sistema circulatorio	13
Causas Tumores	11
Resto de las causas	24
Total	1.557

Fuente: elaborado por Programa Nacional de Salud de la Infancia en base a datos obtenidos de DEIS, 2017 (50).

Tabla I-4. Defunciones de menores de 1 año según algunas causas de defunción. Distribución porcentual en Chile, Año 2016.

Causa	Porcentaje
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y crecimiento fetal	11,1%
Malformaciones congénitas del corazón	9,9%
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso	6,6%
Síndrome de Edwards y Síndrome de Patau	5,0%
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	4,1%
Malformaciones congénitas del sistema osteomuscular	4,1%
Dificultad respiratoria del recién nacido/a	3,9%
Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	3,6%
Malformaciones congénitas del sistema urinario	3,5%
Trastornos del sistema digestivo del recién nacido/a	3,5%
Sepsis bacteriana del recién nacido/a	2,8%
Trastornos hemorrágicos y hematológicos, del recién nacido/a	2,8%
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio	2,3%
Otros problemas respiratorios del recién nacido/a, originados en el periodo perinatal	1,8%
Hemorragia pulmonar originada en el período neonatal	1,7%
Síndrome de muerte súbita infantil	1,7%
Síndrome de Down	1,2%
Neumonía	1,1%
Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	0,7%
Hidrocéfalo congénito y espina bífida	0,4%
Aspiración neonatal de meconio	0,3%
Coqueluche	0,3%
Meningitis	0,2%
Cardiomiopatía	0,1%
Asfixia	0,1%
Enfermedad meningocócica	0,1%
Otras causas	25,7%

Fuente: DEIS, 2016 (55).



1.6. MODALIDAD DE ATENCIÓN INFANTIL EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO DE APS

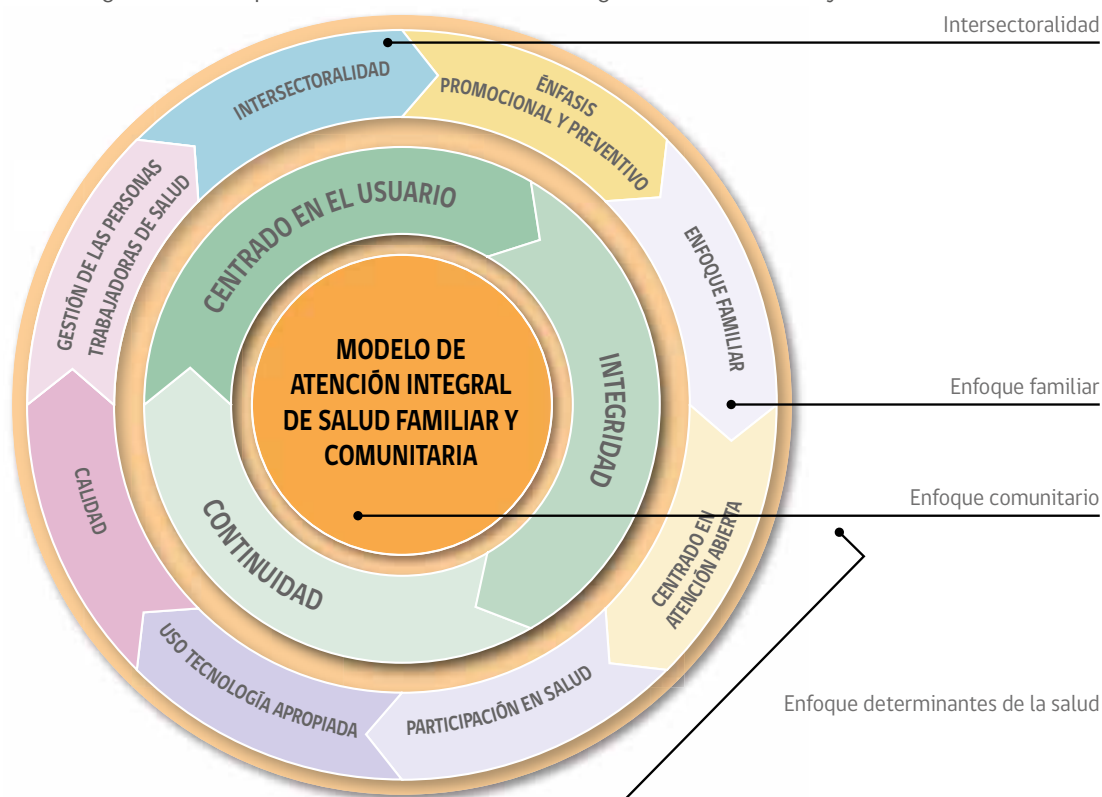
Se presentan a continuación las características del Modelo de Salud Familiar y Comunitario y su adaptación a la supervisión de salud infantil.

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, componente clave en la reforma de salud instaurada el año 2005 (56), está basado en el enfoque integral del ser humano, y entiende que el proceso salud-enfermedad está determinado por una sumatoria de ámbitos, los que condicionan la vivencia de bienestar de los individuos.

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”(56). El modelo es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, permitiendo satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. En el ámbito público, se expresa en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que, en conjunto, dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos, incluyendo atenciones de urgencia-emergencia.

Asimismo, en el documento “Modelo de Atención Integral en Salud” del año 2005 (56), fueron consensuados y expuestos los siguientes principios (figura I-7).

Figura I-7. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.



Fuente: MINSAL/OPS, 2013 (57).

Dicho Modelo, releva tres principios irrenunciables de la atención integral en Atención Primaria (tabla I-5):

Tabla I-5. Principios de la atención integral en APS.

Principios	Características
Centrado en la Persona	Considera las necesidades y expectativas de las personas, sus familias y comunidad, estableciéndose una relación con el equipo de salud, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud, enfatizando los derechos y deberes de las personas.
Integralidad	Posee dos aproximaciones referidas a los niveles de prevención y comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Incluye acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, requiriendo que la cartera de servicios sea acorde a las necesidades de salud de su población, considerando los aspectos biopsicosocial, espiritual y cultural de la persona, otorgando una mirada más amplia de las múltiples dimensiones en un problema de salud.
Continuidad de Cuidados	Incluye tres aspectos vinculados: la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad clínica se relaciona con que el cuidado de la persona esté coordinado con la condición de salud de esta de manera longitudinal, para lo cual incluye integración horizontal (intra e interestablecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de complejidad de la red). Respecto a la continuidad funcional, corresponde al grado en que las gestiones financieras, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad se encuentran coordinadas. Por su parte, la continuidad profesional hace mención a la disposición de los equipos y coordinación de estos en el proceso de atención y cuidados.

Fuente: MINSAL, 2013 (57).

Este Modelo, es transversal a todo el sistema de atención y considera la Atención Primaria de Salud como eje central para alcanzar las mejores condiciones de salud de la población. Promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud, estableciendo los espacios y mecanismos que acogen las preocupaciones, necesidades y propuestas de la ciudadanía. Favorece también la coordinación con otros sectores sociales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población. Además, evalúa la eficiencia de los procesos y su efectividad incluyendo la satisfacción usuaria, e instala la cultura de evaluación de la tecnología en el sector.

El modelo incorpora aspectos como el fomento al autocuidado individual y familiar, la educación para la salud y detección precoz de factores de riesgo. Acciones que deben estar incorporadas en todas las prestaciones de salud de la Atención Primaria. Dentro de las actividades establecidas en programas de atención según ciclo vital, se encuentra el Control de Salud que es una actividad dirigida a promover en forma integral la salud del niño y la niña de 0 a 9 años, detectar precoz y oportunamente cualquier anomalía o enfermedad que pueda presentarse, con el fin de lograr, junto con la familia y la comunidad, la expresión del máximo de sus potencialidades y el logro de un óptimo desarrollo.

REFERENCIAS

1. Pérez-Escamilla R, Rizzoli-Córdoba A, Alonso-Cuevas A, Reyes-Morales H. Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Bol Méd Hosp Infant México*. 1 de marzo de 2017;74(2):86-97.
2. Harvard University. Three Early Childhood Development Principles to Improve Child Outcomes (Internet). Center on the Developing Child at Harvard University. Disponible en: <https://developingchild.harvard.edu/resources/three-early-childhood-development-principles-improve-child-family-outcomes/>
3. Organización Mundial de la Salud. Comisión Sobre Determinantes Sociales en Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre las determinantes sociales de la salud. 2009.
4. OPS. OPS Informe Anual del Director. 1996: Gente sana en entornos saludable- Documento Oficial No. 283. 1996.
5. Poulton R, Caspi A, Milne BJ, Thomson WM, Taylor A, Sears MR, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *The Lancet*. 23 de noviembre de 2002;360(9346):1640-5.
6. Ministerio de Salud de Chile. Matriz de cuidados de salud a lo largo del curso de vida. Intervenciones a través del curso de vida (Internet). 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.04_MATRIZ-DE-CUIDADOS-A-LO-LARGO-DEL-CURSO-DE-VIDA.pdf
7. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. 2011-2020 (Internet). 2011. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
8. DEIS. Niños y niñas con rezago, déficit u otra vulnerabilidad derivados a alguna modalidad de estimulación en la primera evaluación, por Región y Servicio de salud, SNSS 2016 (Internet). 2016. Disponible en: <https://reportesdeis.minsal.cl/REM/2016/REM03SECCIONA3/REM03SECCIONA3.aspx>
9. Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones y proyecciones Chile 1992-2050. Base 2017 población e indicadores. (Internet). 2019. Disponible en: <https://www.inec.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales?categoria=proyecciones-de-poblacion>
10. Miranda Valdebenito N, González Burboa A. El enfoque de derecho de la infancia y adolescencia en el contexto chileno. *Humanidades Médicas*. diciembre de 2016;16(3):459-74.
11. Nacional B del C. Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile (Internet). www.bcn.cl/leychile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
12. Silva V, Molina H, Chile Crece Contigo. Cuatro Años Creciendo Juntos. Memoria de la Instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo 2006-2010 (Internet). s/f. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/08/ChCC_MEMORIA.pdf
13. Ministerio de Salud de Chile. Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia (Internet). 2013. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Norma-Administrativa-Programa-Nacional-de-Salud-de-la-Infancia.pdf
14. ONU. Convención Sobre los Derechos del Niño (Internet). 1989. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/crc.aspx>
15. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño. 2015.
16. Bronfenbrenner U, Morris PA. The Bioecological Model of Human Development. En: *The Handbook of Child Psychology*. John Wiley & Sons, Inc.; 2007. p. 793-828.
17. UNICEF. Igualdad y no discriminación de niño, niñas y adolescentes: necesidad de un sistema de garantías reforzadas. (Internet). 2015. Disponible en: https://www.unicef.org/chile/media/1261/file/igualdad_y_no_discriminacion_de_ninos.pdf
18. ONU-Oficina para la Alta Comisionada de los Derechos Humanos. Observación General No 18, "No Discriminación". de 10 de noviembre de 1989, párrafo 7. (Internet). 1989. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1404.pdf>
19. UN Economic and Social Council. Observación general No 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Internet). 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

20. Biblioteca Congreso Nacional. Ley Zamudio; Ley Antidiscriminación (Internet). 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>
21. MINSAL. Programa Nacional de Salud Integral de adolescentes y jóvenes 2012 - 2020. 2012.
22. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(10):778-83.
23. Barker, D. Fetal and infant origins of adult disease. London: British Medical Publishing Group.; 1992.
24. Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (Internet). 2013. Disponible en: https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/595/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
25. Consejo Nacional de la Infancia. Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015 - 2025 (Internet). 2015. Disponible en: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/Politica-Nacional-de-Nin%CC%83ez-y-Adolescencia.pdf>
26. Aguayo, F., Kimelman, E. y Correa, P. Estudio de Paternidad en el Sistema Público de Salud. Informe Final (Internet). Cultura Salud/MINSAL.; 2012. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/07/14-Informe-final-Estudio-sobre-la-participacion-de-los-padres-en-el-sistema-publico-de-salud-de-Chile.pdf>
27. JUNJI. Enfoque de género en las prácticas pedagógicas (Internet). 2012. Disponible en: <https://www.junji.gob.cl/wp-content/uploads/2016/06/Enfoque-de-G%C3%A9nero-en-las-pr%C3%A1cticas-pedag%C3%B3gicas.pdf>
28. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género (Internet). 2012. Disponible en: www.wpath.org
29. Ministerio de Salud. Políticas de Salud y Pueblos Indígenas. 2006.
30. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
31. Ceitlin J, Gómez Gascón T. Medicina de Familia: La clave de un nuevo modelo. *Gac SemFYC Gac Soc Esp Med Fam Comunitaria*. 1996;9:2.
32. INE. Síntesis de Resultados. CENSO 2017 (Internet). 2018. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>
33. Instituto Nacional de Estadísticas. Publicación Estadísticas Vitales. Cifras provisionales 2017. (Internet). 2019. Disponible en: <https://www.ine.cl/docs/default-source/demograficas-y-vitales/vitales/anuarios/anuario-2017/estadisticas-vitales-cifras-provisionales-2017.pdf?sfvrsn=4>
34. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Anuario de Estadísticas Vitales 2017 (Internet). Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
35. Ministerio de Desarrollo Social. Síntesis de Resultados Encuesta Casen - Niños, Niñas y Adolescentes. (Internet). 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_nna_casen_2017.pdf
36. Ministerio de Educación (MINEDUC). Indicadores de la Educación en Chile 2010-2016 (Internet). 2018. Disponible en: https://centroestudios.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/100/2018/03/INDICADORES_baja.pdf
37. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados Censo 2017 (Internet). 2017. Disponible en: <http://resultados.censo2017.cl/Home/Download>
38. Gómez Urrutia V, Jiménez Figueroa A. Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género. *Polis Santiago*. marzo de 2015;14(40):377-96.
39. R AÃ, Gómez B IC. Conflicto trabajo-familia, en mujeres profesionales que trabajan en la modalidad de empleo. *Pensam Psicológico*. junio de 2011;9(16):89-106.
40. Ministerio de Desarrollo Social. Resultados 3a Encuesta Longitudinal de Primera Infancia ELPI 2017 . (Internet). 2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi/docs/resultados2017/ELPI-PRES_Resultados_2017.pdf
41. Ministerio de Planificación y Cooperación. Ley 19253. Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena. (Internet). www.bcn.cl/leychile. 1993. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
42. Consejo Nacional de la Infancia - Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas. (Internet). 2017. (Panoramas de la Niñez y Adolescencia). Report No.: 7. Disponible en: <http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/BOLETI%CC%81N-N%C2%B0-7.pdf>

43. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Documento de Trabajo 2. Niñas, niño y adolescentes indígenas (Internet). Consejo Nacional de la Infancia; 2016. Disponible en: http://www.creciendoconderechos.gob.cl/docs/2._Ninas_ninos_y_adolescentes_indigenas.pdf
44. Ministerio de Desarrollo Social - Observatorio Social. Informe de estimaciones comunales de pobreza, con datos de Casen 2015 (Internet). 2018. (Serie Documentos Metodológicos Casen). Report No.: 35. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/pobreza-comunal/2015/INFORME_estimaciones_pobreza_comunal_2015.pdf
45. Instituto Nacional de Estadísticas. Características de la inmigración internacional en Chile, Censo 2017. (Internet). 2018. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/descargas/inmigracion/181123-documento-migracion.pdf>
46. Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Departamento de Extranjería y Migración (DEM). Estimación de Personas Extranjeras Residentes en Chile al 31 de diciembre de 2018. Informe Metodológico. 2019.
47. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev Chil Pediatría*. diciembre de 2017;88(6):707-16.
48. Ministerio de Desarrollo Social. Inmigrantes - Síntesis de Resultados Casen 2017 (Internet). 2018. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf
49. Marín P. Relevancia del destete prematuro como factor causal de desnutrición y mortalidad infantil en Chile 1974. *Rev Chil Pediatría*. 1975;46:275-6.
50. Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de estadísticas vitales, 2017. Período de información: 2017 (Internet). 2017. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
51. Behm H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud Colect*. 6 de agosto de 2011;7(2):231.
52. Behm Rosas H. Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia. *Poblac Salud En Mesoamérica* (Internet). 1 de julio de 2014;12(1). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/15141>
53. Donoso S E. Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago. *Rev Médica Chile* (Internet). abril de 2004; 132(4). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=en
54. Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Mortalidad en la Niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960. (Internet). Santiago; 2011. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1425/S201185_es.pdf?sequence=1
55. Departamento de Estadísticas en Salud (DEIS). Defunciones de menores de 1 año según algunas causas de defunción. Chile, Año 2016 (Internet). Anuario Defunciones. 2016. Disponible en: https://public.tableau.com/views/Anuario_Defunciones/Defunciones?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true&%3ALanguage=es&embed=y&showVizHome=n&apiID=hos-t0#navType=0&navSrc=Parse
56. Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención No 1. (Internet). 2005. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
57. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. 2013.

